TOM III. 1926 r. ZESZYT 1—2.

Polski Przegląd Oto-Laryngologiczny

ORGAN POLSKIEGO TWA OTO-LARYNGOLOGICZNEGO

WYCHODZI ZESZYTAMI RAZ NA KWARTAŁ PRZY WSPÓŁUDZIALE

D-ra Czarneckiego, D-ra Z. Dobrowolskiego, D-ra Dobrzańskiego, D-ra Gumińskiego, D-ra Guranowskiego, D-ra D. Hellina, D-ra Karbowskiego, D-ra Laskiewicza, D-ra Lublinera, D-ra Pieniążka, D-ra Polańskiego, Prof. Szmurły, D-ra Tryjarskiego, D-ra Wąsowskiego i Prof. Zalewskiego.

Redaktor Naczelny: D-r L. GURANOWSKI.
Wydawca: D-r J. CZARNECKI.
Sekretarz redakcji: D-r Wł. GUMIŃSKI.

Adres Redakcji i Administracji: Miodowa 7, m. 3. Telefon 37-92.
Konto P. K. O. Nr. 5033.
Cena pojedyńczego zeszytu 3 złote.
„ podwójnego „ 6 „

Rękopisy nadesłane do Redakcji muszą być odbite na maszynie.

Tow. Wyd. „POGOŃ", Druk. „PAX", zaul. Św. Ignacego 6

TREŚĆ NUMERU.

SOMMAIRE.

TOM III. 1926 r. ZESZYT 1—2.

Polski Przegląd Oto-Laryngologiczny

ORGAN POLSKIEGO T-WA OTO-LARYNGOLOGICZNEGO

WYCHODZI ZESZYTAMI RAZ NA KWARTAŁ PRZY WSPÓŁUDZIALE

D-ra Czarneckiego, D-ra Z. Dobrowolskiego, D-ra Dobrzańskiego, D-ra Gumińskiego, D-ra Guranowskiego, D-ra D. Hellina, D-ra Karbowskiego, D-ra Laskiewicza, D-ra Lublinera, D-ra Pieniążka, D-ra Polańskiego, Prof. Szmurły, D-ra Tryjarskiego, D-ra Wąsowskiego i Prof. Zalewskiego.

Redaktor Naczelny: D-r L. GURANOWSKI.
Wydawca: D-r J. CZARNECKI.
Sekretarz redakcji: D-r Wł. GUMIŃSKI.

WILNO,
TOW. WYD. „POGOŃ", DRUKARNIA „PAX", UL. ŚW. IGNACEGO № 5.
1926.

TOM III. 1926 r. ZESZYT 1—2.

POLSKI PRZEGLĄD OTO-LARYNGOLOGICZNY

(Z Kliniki Oto - laryngologicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. *T. Zalewski.*

O zboczeniach mowy u młodzieży szkolnej ze stanowiska oto - laryngologji.

podał
Dr. ANTONI DOBRZAŃSKI
asystent kliniki.

Mowa jest jednym z największych skarbów człowieka, stanowiących istotę, gdyż pozwala mu uzewnętrznić myśli i uczucia i przenieść je na innych.

Tworzenie się i rozwój mowy prawidłowej były i są przedmiotem dociekań kilku gałęzi wiedzy ludzkiej, a wśród nich fizjologja mowy zajmuje naczelne miejsce. Niemniej jednak ciekawe zagadnienia nasuwają się wówczas, gdy mowa nie ma czystego brzmienia i nie znajduje zrozumienia u innych, wykazuje ona bowiem pewne zboczenia od obrazu prawidłowego, które określamy *zboczeniem mowy.*

Etjologja, djagnostyka i terapja zboczeń mowy opracowywana w ciągu szeregu lat przez licznych autorów wyodrębniła się już w ostatnich dziesiątkach lat dzięki podstawowym pracom *Kussmaula, Gutzmana,* u nas *Ołtuszewskiego* w odrębną gałąź wiedzy t. z. *logopatologję* i zyskała sobie prawo obywatelstwa wśród nauk lekarskich.

Nie wchodząc w szczegółowy mechanizm mowy stwierdzić musimy, że *miejscem* jej tworzenia się jest t. z. *cewa przysadkowa* a materjałem jest powietrze, zawarte w płucach, tchawicy i oskrzelach i *głos* powstający *w krtani.* Wiemy nadto, że cewa przysadkowa obejmuje krtań od więzadeł głosowych, jamę gardłową, ustną, gardłowo - nosową i jamy nosowe wraz z ich wylotami. Słusznem więc będzie, jeśli zwrócimy uwagę na prawidłowość budowy i prawidłowość funkcji tychże jam, jako miejsca tworzenia się mowy.

Z drugiej zaś strony podkreślić musimy, że dla wytworzenia się mowy niezbędnym jest, obok *prawidłowej sprawności systemu nerwowego centralnego,* także *zmysł słuchu,* a więc i prawidłowy stan narządu słuchowego odgrywa w tem pierwszorzędną rolę. Jeśli słusznem jest twierdzenie różnych autorów, że zboczenia mowy głównie w okresie jej tworzenia się (dzieciństwo) i kształtowania się (drugie ząbkowanie i okres dojrzewania płciowego) powstają, to, rzecz oczywista, w tych okresach głównie winniśmy zwrócić uwagę na stan wspomnianych wyżej narządów. Wychodząc ze stwierdzenia faktu, że miejscem artykulacji mowy są wspomniane odcinki, względnie narządy postanowiliśmy u młodzieży szkolnej, dotkniętej jakiemikolwiek zboczeniami mowy, zbadać jamę nosową, gardłową, gardłowo-nosową, krtań i uszy. Zamiar nasz zbadania wszystkich dzieci ze zboczeniami mowy, uczęszczających do szkół powszechnych i średnich miasta Lwowa, musieliśmy ograniczyć z powodów od nas niezależnych tylko do młodzieży szkół średnich. Liczba badanych przez nas przypadków ze zboczeniami mowy wynosi: *150* i dotyczy zboczeń mowy *lżejszego stopnia,* bo, rzecz naturalna, zboczenia mowy w silnym stopniu rozwinięte, czyniące mowę niezrozumiałą całkowicie, już siłą tego faktu uniemożliwiają młodzieży kształcenie się w szkołach średnich i spychają ją niejako do rzemiosł i innych zajęć.

W każdym z badanych przypadków po spisaniu krótkich wywiadów przeprowadzaliśmy badanie jam nosowych, jamy gardłowo-nosowej, gardłowej, krtani i uszu. W liczbie tych 150 badanych przypadków odróżnić możemy następujące grupy zboczeń mowy:

1) *jąkanie,* 2) *wadliwe wymawianie,* 3) *mowa z odcieniem nosowym.*

Przejdźmy do omówienia pierwszej grupy t. j. *jąkania.* Pod mianem jąkania rozumiemy według Ołtuszewskiego, dyzartrję skurczową, koordynacyjną w przeważającej liczbie przypadków czynnościową, w znacznej zaś mniejszości organiczną. Istotę tego zboczenia mowy stanowią mimowolne (a więc od woli chorego niezależne) *ciągłe-toniczne* lub *drgawkowe* t. j. *kloniczne* skurcze w jednym, lecz najczęściej we wszystkich trzech narządach mowy a więc *w oddechu, głosie* i *artykulacji.* Zależnie więc od umiejscowienia skurczów odróżnia Ołtuszewski szereg postaci jąkania, a mianowicie:

1) postać wdechową, występującą wskutek skurczów mięśni wdechowych.

2) wydechową, zależną od skurczów mięśni wydechowych,

3) wdechowo-wydechową, warunkowaną następującemi po sobie skurczami klonicznemi, przedstawiającą się, jako szereg po sobie następujących wdechów i wydechów.

4) *Jąkanie głosowe*, t. j. stwierdzone w lusterku krtaniowem jest, jako postać, bardzo rzadkie i może być albo ciągłe (toniczne), lub drgawkowe (kloniczne) mięśni zamykających lub rozszerzających głośnię.

5) Najłatwiejsze dla naszego bezpośredniego obserwowania jest *jąkanie w narządzie artykulacji*, uwarunkowane skurczami mięśni warg, języka, a wyjątkowo podniebienia miękkiego. Tej postaci jąkania towarzyszą często zmiany organiczne, jak podniebienie ostrołukowe, złe rozmieszczenie zębów, przewlekłe nieżyty nosa, gardła i krtani, oraz wyrośla adenoidalne i t. p. schorzenia, względnie nieprawidłowości cewy przysadkowej.

Ołtuszewski dzieli przyczyny jąkania na *usposabiające* i *wywołujące*. Do przyczyn *usposabiających* zalicza wspomniany autor głównie zwyrodnienie psychiczne i dziedziczność patologiczną, oraz nerwowość ogólną. Dziedziczność nietylko jako dziedziczenie jąkania od rodziców lub istnienie tego zboczenia w rodzinie, ale też obciążenie jej cierpieniami umysłowemi, oraz cierpieniami nerwowemi, jak padaczką, histerją, lub neurastenją, wreszcie cierpieniami ustrojowemi, zwłaszcza przymiotem. Z innych momentów usposabiających najważniejszy jest wiek *tworzenia* się mowy, na który przypada największa ilość jąkania, okres *drugiego ząbkowania*, jako czas największego przyrostu sił umysłowych, wreszcie okres *dojrzewania płciowego,* łączącego się z różnemi zaburzeniami układu nerwowego i mutacją głosu, w końcu płeć i narodowość. Z płci o wiele częściej dotkniętą jest tem zboczeniem płeć męska. Co się tyczy narodowości, to Chińczycy i Węgrzy najmniej podlegają jąkaniu z powodu śpiewności ich języka, z narodów zaś europejskich najwięcej jąkaniu podlegają Francuzi, rzadziej Słowianie, mało Niemcy.

Do momentów wywołujących jąkanie zaliczyć należy mowę *prędką lub zły wzór w okresie* tworzenia się mowy, *uraz, przestrach, zarazę psychiczną* t. j. przebywanie w otoczeniu jąkających, się *naśladownictwo i choroby zakaźne,* które, chociaż rzadko, mogą wywołać jąkanie, daleko częściej natrafiają najprawdopodobniej na grunt przygotowany neuropatyczny. Szczególnie tylko uraz, względnie przestrach może wywołać jąkanie bez żadnego usposobienia neuropatycznego osobnika.

Z wywiadów możnaby w 30 przypadkach naszych odnieść po-

wstanie jąkania do okresu tworzenia się mowy t. j. 33% wszystkich przypadków. Reszta powstała w okresach późniejszych.

W 12 przypadkach t. j. w 13% możnaby uważać za przyczynę *przestrach* wskutek działań wojennych. Odnoszą oni bowiem czas powstania jąkania do czasu oblężenia Lwowa przez ukraińców, podając za przyczynę nagłego powstania jąkania wybuch granatu w bliskości. Kto był świadkiem i uczestnikiem tego okresu wojny, ten wie, że wybuchy granatów były na porządku dziennym we wszystkich dzielnicach i na wszystkich niemal ulicach miasta.

Wypadki wojenne w tych przypadkach mogły wywołać jąkanie, działając, jako uraz psychiczny w formie nadmiernego przestrachu. Jeśli nawet, jak twierdzi Ołtuszewski, i w takich przypadkach główną rolę odgrywa pewne zwyrodnienie, to jednak jednostki te możeby nie uległy jąkaniu, gdyby były tego przestrachu nie przeżywały. Jeden n. p. z uczniów podaje, że jąkać się zaczął od czasu, gdy ukraińcy wpadli i matkę chcieli zabić; i jąkanie to pozostało mu do dziś.

W 3 tj. w $1^1/_2$% przypadków możnaby uważać za moment wywołujący jąkanie uraz w formie upadku na głowę, względnie przejechania przez automobil.

W jednym tylko przypadku możnaby mówić o dziedziczności, gdyż matka się jąka, a w 10 tj. w 6.6%, o złym przykładzie, względnie o zarazie psychicznej wskutek przebywania wśród jąkających się (rodzeństwo, służba, koledzy, krewni, sąsiedzi i t. d.).

Głównie jednak chciałbym zwrócić uwagę na stosunek schorzeń krtani, gardzieli, jamy gardłowo-nosowej i uszu do jąkania. Nie ulega bowiem wątpliwości, że schorzenia te mogą wywierać niekorzystny wpływ na jąkanie, jak twierdzi *Ołtuszewski*, a według innych autorów (*Bloch*, *Gutzman*, *Winkler i inni*) i większości ryno-laryngologów mogą schorzenia te być uważane za momenty, wywołujące, względnie usposabiające. Zmiany chorobowe w odcinku artykulacji mowy mogą powodować odruchowe drażnienie krtani, utrudnione oddychanie i skutkiem tego wadliwą koordynację (*Gutzman*).

Na 90 przypadków jąkania, w mniejszym lub większym stopniu nasilonego, stwierdziliśmy *w 40 przerost migdałka trzeciego czyli t. z. wyrośla adenoidalne.* Widzimy więc, że prawie 45% jąkających się miało wyrośla adenoidalne, z tego znów w 19 przypadkach, czyli wokoło 20%, wyrośla były znacznego stopnia, bo sięgały do połowy przegrody nosowej, lub nawet nieco niżej.

Jeśli zważymy, że regularny i prawidłowy oddech jest dla mowy nieodzownym, to nie ulega wątpliwości, że przerost trzeciego migdał-

ka, utrudniający oddech przez nos, mógł wpływać w czasie tworzenia i kształtowania się mowy na wadliwy jej rozwój.

W 28 przypadkach jąkania obecne były *schorzenia jamy nosowej* i to: w 12 skrzywienia przegrody nosowej (deviatio septi), kolce i listwy tejże (spinae et cristae septi), a w 14 przerostowy nieżyt nosa, (Rhinitis chron. hypertrophica), w 2 zaś zanikowy (rhinitis sicca atrophicans). W 10 przypadkach jąkania stwierdziliśmy przerost migdałków podniebiennych (hypertrophia tonsillarum) a w 15 przypadkach przerostowy nieżyt gardła (pharyngitis granulosa). Ze schorzeń krtani w 8 przypadkach stwierdzono przewlękły nieżyt krtani nieznacznego stopnia (laryngitis chronica).

Na 90 przypadków jąkania przypada 20 tj. w 22% schorzeń narządu słuchowego, w tem 15 przewlekłego nieżytu ucha środkowego obustronnego (ot. cat. chronn.), 3 przewlekłego ropienia ucha środkowego z dość znacznem upośledzeniem słuchu (otitis media supp. chronica) a 3 schorzenia błędnika (affectio labirynthi) ze znacznem upośledzeniem słuchu.

W 8 tylko przypadkach jąkania nie stwierdziliśmy zmian ani w górnych drogach oddechowych ani w narządzie słuchowym.

Jeśli uwzględnimy zestawienie schorzeń górnych dróg oddechowych a mianowicie wysoki odsetek, bo 45% wynoszący obecności wyrośli adenoidalnych, około 30% schorzeń, względnie nieprawidłowei budowy jamy nosowej i 11% schorzeń jamy gardłowej, 9% schorzeń krtani a 22% schorzeń narządu słuchowego, to nie możemy nie przyznać słuszności tym wyżej wspomnianym autorom, którzy twierdzą, że schorzenia powyższe uważać można za przyczyny usposabiające do jąkania, które wspólnie z innemi wyżej wspomnianemi, przyczyniły się do wytworzenia się jąkania. Tylko w 90% przypadków nie możemy wskazać innych czynników usposabiających, czy wywołujących, jak tylko zwyrodnienie, względnie neuropatję.

Przechodząc do omówienia drugiego rodzaju zboczeń mowy, które w naszych przypadkach miało miejsce od tz. *wadliwego wymawiania* (mogilalia), musimy w niem odróżnić trzy podziały, a mianowicie:

1) szeplenienie (sigmatismus) i zamianę spółgłoski s na inną t. zw. parasigmatismus np. s przez sz, z przez ż, c przez cz i t. p.

2) wadliwe wymawianie litery *r*, tz. rhotacismus, lub zastępowanie jej przez inną w, l, ch, d, i rzadziej przez ł, t. z. pararhotacismus.

3) wadliwe wymawianie *ł/l* (lambdacismus), względnie zastępowanie ich przez inne — paralambdacismus.

Z 26 przypadków szeplenienie stwierdziliśmy w 9 szeplenienie

właściwe a w 18 t. z. parasygmatyzm czyli zamianę *sz* na *s*, *s* na *sz*, *c* na *cz* i *cz* na *c*, *ż* na *ż*.

W 8 przypadkach szeplenienia właściwego stwierdziliśmy w 2 wyrośla adenoidalne, w jednym kolec przegrody nosowej, w jednym zbliznowacenie błon bębenkowych z dość znacznem upośledzeniem słuchu. Z 18 przydadków parasygmatyzmu obecne były w 8 wyrośla adenoidalne, w 4 przerost znaczny migdałków podniebiennych, w 3 wadliwa budowa przegrody nosowej (kolce i listwy), w 2 zajęcie nerwu słuchowego ze znacznem stępieniem słuchu, a w 5 przerostowy nieżyt nosa. Jeden tylko przypadek nie pozwalał stwierdzać żadnych zmian.

Z 26 przypadków wadliwego wymawiania *r* (rhotacismus i pararhotracismus) w 13 obecne były wyrośla adenoidalne, w 8 przerostowy nieżyt nosa, w 2 wadliwa budowa przegrody nosowej, a w 4 przewlekły nieżyt ucha środkowego z upośledzeniem słuchu. Cztery przypadki wykazywały stan prawidłowy, w 8 zaś możnaby mówić o dziedziczności lub złym przykładzie, bo podobnie mówili rodzice, względnie rodzeństwo.

Wreszcie z 6 przypadków wadliwego wymawiania *l* stwierdziliśmy w 3 wyrośla adenoidalne, w 2 zaś przewlekły nieżyt ucha środkowego.

Na 57 przypadków wadliwego wymawiania stwierdziliśmy w 26 wyrośla adenoidalne, czyli około 40%, w 6, czyli około 10% wadliwą budowę przegrody nosowej, a w 13, czyli 20% przewlekły przerostowy nieżyt nosa, wreszcie w 9, czyli około 15% upośledzenie słuchu wskutek schorzeń narządu słuchowego. Siedm (7) zaś przypadków, t. j. około 11% nie wykazywało żadnych zmian. Widzimy więc z powyższego zestawienia, że schorzenia powyższe, występujące w 89% naszych przypadków wadliwego wymawiania, mogą być znów uważane za momenty, przyczyniające się do powyższego zboczenia mowy, jeśli już nie za wywołujące.

Trzecią grupę zboczeń mowy, najmniejszą, stanowi t. z. mowa z odcieniem nosowym *rhinolalia clausa*, występująca przy zatkanym nosie, gdzie mimo zupełnego rozdziału jamy ustnej od gardłowonosowej, rezonans jamy nosowej jest anormalnie wzmocniony. Mowa w tych wypadkach jest jednak zupełnie zrozumiałą. Przyczyną tego rodzaju zboczenia bywają prócz złego wzoru przerosty muszli nosowych, polipy nosowe, skrzywienie przegrody nosowej, wyrośla adenoidalne, przerost migdałków, wreszcie przewlekłe nieżyty nosa. W naszych 2 przypadkach, w jednym obecny był bardzo znaczny przerost

migdałka trzeciego i migdałków podniebiennych i przerostowy nieżyt nosa, w drugim zaś dość znaczny przerost migdałka trzeciego. W obu wypadkach niewątpliwie schorzenia jamy gardłowej i gardłowo nosowej były przyczyną, wywołującą to zboczenie mowy.

Widzimy z powyższego zestawienia, że w *ogromnie przeważającej liczbie naszych przypadków ze zboczeniami mowy stwierdzaliśmy zmiany w jamie nosowej, gardłowo-nosowej, gardłowej i upośledzenie słuchu wskutek schorzeń narządu słuchowego.*

Wszystkie nasze przypadki były w wieku od 10—18 lat, a więc w czasie, gdy przerosty tkanki adenoidalnej, nagromadzonej w migdałkach, uległy już częściowo procesowi zmniejszenia się, były one niewątpliwie większe w wieku młodszym badanych.

Jakkolwiek Ołtuszewski podnosi zły wpływ powyższych schorzeń na rozwój mowy i, przystępując do leczenia zboczeń mowy, stara się w razie obecności schorzeń w wymienionych narządach je usunąć lub złagodzić, to zdaniem naszem w wielu powyższych przypadkach dałoby się zboczeniu mowy zapobiec, gdybyśmy w okresach tworzenia się mowy i jej kształtowania zwracali baczną uwagę na miejsca artykulacji mowy i narząd słuchowy. Nie ulega bowiem wątpliwości, że ten znaczny odsetek schorzeń w narządach artykulacji mowy i narządu słuchowego, może być uważany za czynnik wywołujący, względnie przyczyniający się do powstania zboczeń mowy.

Zadaniem więc rodziców, względnie opiekunów jest w czasie tworzenia się mowy, a lekarzy szkolnych w czasie jej kształtowania się dalszego t. j. w okresie drugiego ząbkowania i dojrzewania płciowego zwrócić baczną uwagę na czystość mowy, i w razie występowania choćby najlżejszego stopnia zboczenia mowy poddać dokładnemu badaniu słuch i cewę przysadkową.

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. w Wilnie. Kierownik Prof. J. Szmurło.

Dr. Med. TADEUSZ WĄSOWSKI.
st. asystent Kliniki.

Kilka uwag o cierpieniach ucha, wywołanych zakażeniem paciorkowcem śluzowym (streptococcus mucosus).

Piśmiennictwo poświęcone sprawie bakterjologji ropnego zapalenia ucha środkowego i powikłań jego wykazuje, iż w przypadkach powikłanych naczęściej spotykamy w ropie paciorkowce.

Alberti znajdował w przypadkach ropnego zapalenia komórek sutkowych paciorkowce w 61%, *Mark* podaje cyfrę 64,1%. Nasze spostrzeżenia, ogłoszone w Pam. Wileńsk. Tow. Lekar. z r. 1925, wykazują dla mastoiditis — w 40,4% obecność paciorkowców.

Obecnie na podstawie badań bakterjologicznych ropy w przypadkach powikłań ropnego zapalenia ucha środkowego za przeszło dwuletni okres czasu możemy stwierdzić, iż odsetek zakażeń paciorkowcowych wynosi 46,7%, czyli prawie nie zmienił się w stosunku do cyfr, podanych przez nas uprzednio.

Specjalną grupę zakażeń paciorkowcowych ucha, jak wykazuje dość bogate piśmiennictwo, stanowią sprawy wywołane przez streptococcus.

„Über eines scheint Einhelligkeit zu bestehen", mówi *Kümmel*, dass die Otitiden mit Streptococcus mucosus prognostisch ungünstig sind und in der Mehrzahl der Fälle die Eröffnung des Warzenfortsatzes nötig machen, relatiw häufig auch noch im akuten Stadium der Otitis Komplikationen am Sinus an den Meningen und selbst Hirnabszesse herbeiführen".

Potwierdzenie powyższego zdania znajdujemy i u innych autorów. *Neumann* i *Ruttin* wspominają o częstych powikłaniach wewnątrzczaszkowych w przebiegu sprawy ropnej w uchu, wywołanej przez Streptococcus mucosus. *Ingoro Honda* w przypadkach ropnego zapalenia ucha środkowego pochodzenia streptococcus mucosus stale spostrzegał powikłania ze strony komórek sutkowych, wymagające interwencji chirurgicznej (100%), *Wittmaack* podaje cyfrę 75%.

Stütz na podstawie dużego materjału (80 przypadków ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego, wywołanego przez zakażenie Streptococcus mucosus), uważa, że powikłania wewnątrzczaszkowe występują w tem zakażeniu nie tak często — około 10,8%. Spotykał on natomiast często pierwotne zajęcie tym zarazkiem komórek wyrostka sutkowego. Brak, lub słabe objawy, normalna ciepłota, brak bolesności na wyrostku sutkowym, śluzowa wydzielina z ucha, blade nacieczenie („blasse Infiltration") w górnej części błony bębenkowej uważa on za cechy charakterystyczne dla tego cierpienia. Brak objawów w tem cierpieniu podkreśla również *Kettelkamp. Mayer* spotykał silne bóle głowy.

Według spostrzeżeń *Zemanna* podobny przebieg bywa mniejwięcej w połowie przypadków zakażenia ucha tym drobnoustrojem. Zdaniem jego procesy te mają częściej skłonność drążenia wgłąb kości, niż nazewnątrz.

Przeszukując jednak uważnie piśmiennictwo, poświęcone tej sprawie nie możemy nie zauważyć faktu, iż z jednej strony i inne drobnoustroje, nawet tak zdawałoby się niewinne, jak gronkowce czworniaki, dają często groźne powikłania (*Schlander, Misiewicz i Baumritter*), z drugiej zaś strony streptococcus mucosus nie zawsze w uchu prowadzi do ciężkich powikłań i powoduje zejście śmiertelne (*E. Urbantschitsch, Cemach, Beck*).

Badania nasze, obejmujące 77 przypadków ropnego zapalenia wyrostka sutkowego, wykazują w 6 obecność w ropie, pobranej podczas operacji, streptococcus mucosus w czystej hodowli, co wynosiłoby 7,7%. Doliczając do tego 62 przypadki niepowikłanego ropnego zapalenia ucha środkowego, zbadane bakterjologicznie, otrzymany dla zakażeń tym zarazkiem tylko 4,3%.

Witmaack na 55 przypadków otitis media pur. ac. w 21 (38, 18%) stwierdził obecność w ropie streptococcus mucosus; z tego 15 mastoiditis.

Kümmel w 11,27% przypadków ropnego zapalenia ucha środkowego znalazł te drobnoustroje, w przypadkach zaś zajęcia komórek sutkowych w 25%.

Denker podaje cyfrę 13,8%.

Neumann i *Ruttin* na 97 przypadków ropnego zapalenia ucha środkowego w 18 znalezli streptococcus mucosus, na 90 zaś mastoiditis — 6 razy (6,6%). *Süpfle* w 13,95%, *Honda* — 5,8%, *Deuch* — 27%. *Mark*, badając ropę w 143 przypadkach ropnego zapalenia wyrostka sutkowego, w 5 stwierdził obecność streptococcus mucosus (3,5%). *Zemann* na 102 przypadki mastoiditis — w 21 (21%). Na podstawie badań własnych i danych innych autorów uważa on, iż przeciętnie w 13,9% mastoiditis znaleść można w ropie streptococcus mucosus.

Nasze badania wykazują, iż odsetek ten jest znacznie mniejszy. Za cechy charakterystyczne dla tego zarazka uważałem: obecność otoczki na preparacie z ropy, barwienie dodatnie metodą Grama, tworzenie lekkiego mętu w buljonie, o czem mówi i *Süpfle*, śluzowaty wzrost na agarze, wreszcie brak wyraźnej hemolizy podłoża krwistego. Szczepień na zwierzętach z przyczyn odemnie niezależnych nie wykonywałem.

Podaję krótkie historje chorób spostrzeganych sześciu przypadków:

1. Ck. M. 2 lata, od 2 tygodni po anginie ropienie z prawego ucha.

Od 3 dni zjawił się za uchem obrzęk.

5. XI. 24. Dziecko dobrze odżywiane. t⁰ — 36,5⁰. Narządy wewnętrzne bez zmian. Prawe ucho: ropienie obfite, ropa ciągnąca się. Błona bębenkowa czerwona, perforacja mała przednia. Okolica wyrostka mocno obrzmiała, wyraźne chełbotanie. Formuła leukocytowa:

											*)
17,400	35,5	11,5	3,5	0,5	0	0	0,5	10,0	38,0	48,5	1,3

zniszczenie corticalis kości, dość duże antrum, wypełnione ciągnącą się ropą. Zatoka i opona twarda nieobnażone. W ropie Streptococcus mucosus (posiew).

10.XI. Stan dobry. Opatrunek.

1.XII. ucho suche. Przebieg całkiem normalny.

3.XII. wypisany z raną na zagojeniu.

2. W. Ł. 30 lat, od 3 tygodni po grypie ból w lewem uchu i głowy. Było robione przecięcie błony bębenkowej. Zjawił się ropny wyciek, lecz bóle nie ustały.

28.XI 24. Budowa wątła, odżywianie niedostateczne. W obu płucach nad szczytami stłumienie wypuku, wydech zaostrzony, t⁰ 37,5⁰. Lewe ucho: ropienie obfite, w ropie streptococcus mucosus (posiew). Przewód zewnętrzny obrzmiały w tylnej części. Błona bębenkowa nacieczona, perforacja centralna. Wyrostek sutkowy nieco bolesny, lecz największa bolesność za wyrostkiem sutkowym. Szept — a. c., R —, W — w lewo.

6,000	39,0	8,0	0,5	0	0	0	0,5	22,0	30,0	52,5	1,3

Rozpoznano ostre ropne zapalenie lewego ucha środkowego i wyrostka sutkowego. Antrotomja wykazała ogromną pneumatyzację wyrostka sutkowego. Komórek dużo i wypełnione one są ropą ciągnącą się oraz bladą ziarniną. Zniszczenie kości posuwa się ku tyłowi. Ropień okołozatokowy. Zatoka pokryta nieco ziarniną, zdrowa. W ropie stwierdzono posiewem streptococcus mucosus.

30.XI. t⁰ — 37,2⁰. Stan dobry. Bóle głowy ustały.

6.XII. ucho suche. Rana przedstawia się normalnie.

20.XII. wypisana z raną na zagojeniu.

3. I. L. 21 lat, od 5 lat źle słyszy na lewe ucho. Co pewien czas ucho to ropieje. Od 10 dni silny wyciek z ucha, ból ucha i za uchem.

---

*) Białe ciałka (liczba ogólna), limfocyty, monocyty, eozynochłonne bazochłonne, plazmatyczne, myelocyty, młode, pałeczkowate, neutrofile (0.9%), wskaźnik leukocytowy.

23.I.25. Budowa i odżywianie normalne. t^0 — 36,4°. Narządy wewnętrzne bez zmian. Lewe ucho: na tylnej ścianie przewodu zewnętrznego czyrak. Wyciek obfity, ropny. W ropie gronkowce. Błona bębenkowa obrzmiała, czerwona, bolesność i obrzmienie za uchem, szczególnie przy małżowinie. Szept — a. c., W. — w lewo.

13,400	16,0	17,0	3,0	0	0	0	0,5	13,5	50,0	64,0	4,0

Rozpoznano obostrzenie przewlekłego ropnego zapalenia lewego ucha środkowego, zapalenie ucha zewnętrznego.

26—27.I. t^0 rano 37,2°, wieczorem 39°. Bóle głowy.

28.I. Od rana chory nieprzytomny, t^0 — 36°, tętno 60, mocne. Źrenice rozszerzone, nie reagują na światło. Chory rzuca się na łóżku. Sztywność karku, Kernig, Babiński. Wzmożenie odruchów ścięgnowych.

33,100	2,5	6,5	0	0	0	0	7,0	31,0	53,0	91,0	36,4

Rozpoznano zapalenie opon mózgowych pochodzenia usznego. Operacja doszczętna. Wyrostek sutkowy wyraźnie diploëtyczny, komórki nieliczne, małe. Ropy nie znaleziono nigdzie, tylko mocne przekrwienie. Na zatoce i oponie twardej środkowego i tylnego dołów czaszki ziarnina. Otwarcie błędnika. Nakłucie mózgu i móżdżku bez wyniku. Z bocznej komory wydostano płyn mętny, którego badanie bakterjologiczne dało czystą hodowlę streptococcus muc. W nocy chory zmarł. Sekcja zwłok wykazała meningitis pur. ac.

4. A. M. 26 lat, od 10 lat ropienie z lewego ucha. Od kilku dni silne bóle głowy, gorączka i obfity wyciek z ucha.

5.III.25. t^0 — 37,2°; tętno 108. Chory robi wrażenie ciężko chorego. Budowa wątła, odżywianie mierne. Narządy wewnętrzne bez zmian. Ropienie z lewego ucha bardzo obfite, wprost leje się. Przewód zewnętrzny zwężony, w formie szczeliny. Błona bębenkowa perforowana w przednim odcinku. Znaczna bolesność wyrostka sutkowego. M. z. — a. c., R. —, W. — w lewo.

23,400	7,5	8,5	0	0	0	0	3,0	18,0	63,0	84,0	11,2

Rozpoznano ostre ropne zapalenie lewego wyrostka sutkowego. Antrotomja wykazała duże zniszczenie wyrostka. Komórki duże i w znacznej ilości, wypełnione są ciągnącą się ropą i ziarniną. W ropie streptococcus mucosus (posiew). Opona twarda środkowego dołu czaszki obnażona, zdrowa. Antrum duże. Duże komórki u szczytu wyrostka sutkowego.

12.III. Stan dobry.

22.III. Rana na zagojeniu. Ropienie mierne z ucha trwa.

6.IV. Wypisany.

5. K. Ż. 43 lat, od 2 tygodni ropienie z prawego ucha, od kilku dni bóle za uchem.

20.V.25. Budowa i odżywianie normalne. t^0 — $37,3^0$. Prawe ucho: wydzielina obfita, ropna. W ropie gronkowce i paciorkowce, posiew dał staphylococcus albus. Błona bębenkowa czerwona, perforacja mała, przednio-dolna. Wyrostek sutkowy bolesny, bez nacieczenia. Gł. m. — a. c., R. —, W — w lewo.

15,500	12	4,5	0,5	0	0	0	0	10	73	83,0	6,9

Rozpoznano ostre ropne zapalenie prawego ucha środkowego wyrostka sutkowego.

15.VI. Przez cały czas chory nie zgłaszał się do kliniki. Obecnie od 24 godzin wymioty, zawroty głowy, padanie. Badaniem stwierdza się: Romberg, Ny. spont. rot. sin. Omijania brak. Ropienie z ucha bardzo obfite. Opadnięcie tylno-górnej ściany przewodu. Silna bolesność wyrostka sutkowego. W. — w prawo.

12,200	25,0	5,0	0	0	0	0	2,0	3,0	65,0	70,0	2,8

Antrotomja wykazała silną pneumatyzację wyrostka sutkowego. Cały wyrostek zniszczony, wypełniony ropą pod znacznem ciśnieniem. Ropa ciągnąca się — znaleziono w niej streptococcus mucosus (posiew). Ropień zewnątrzoponowy. Zatoka obnażona, zdrowa.

26. VI. Objawy błędnikowe ustępują. Daje się spostrzegać tylko słaby Ny. spont. W uchu sucho. Gojenie rany prawidłowe.

6.VII. Stan całkiem dobry. Żadnych objawów błędnikowych niema. Rana na zagojeniu. Wypisany.

6. K. O. 37 lat, od 3 tygodni ból lewego ucha. Ropienia brak.

11.II. 26. Budowa i odżywianie normalne t^0 — 36^0. Lewe ucho: błona bębenkowa zaczerwieniona, w tylnej części nieco wypuklona, perforacji niema. Bolesność nieznaczna wyrostka sutkowego bez obrzmienia. Szept — 0,5, R+, W wlewo. Paracenteza dała nieco płynu krwawego.

13.II. Silne bóle głowy. Wydzielina z ucha mierna, ropna, tętni. Wyrostek sutkowy bolesny.

6,000	19,0	9,0	0,5	0,5	0	0	0	12,0	59	71,0	3,7

Rozpoznano ostre ropne zapalenie lewego wyrostka sutkowego. Trepanacja wykazała: wyrostek bogaty w komórki, wypełnione bladą ziarniną. Komórki zachodzą daleko ku przodowi do wyrostka jarzmowego, ku szczytowi wyrostka sutkowego i ku zatoce. Antrum wypełnione ropą pod ciśnieniem. Opona twarda i zatoka obnażone, zdrowe. W ropie streptococcus mucosus (posiew).

15.II. Bóle głowy ustępują t^0 — N.

22.II. W uchu sucho. Stan chorej dobry. Gojenie się rany prawidłowe.

4.III. Wypisana z raną na zagojeniu.

Ze 139 przypadków ropnego zapalenia (92 ostrego) ucha środkowego (w tem 77 powikłań ze strony wyrostka sutkowego), w 6 stwierdzono obecność w ropie streptococcus mucosus. We wszystkich sześciu było zajęcie komórek wyrostka sutkowego, wymagające zabiegu operacyjnego. Jeden przypadek zakończył się śmiercią wskutek ropnego zapalenia opon mózgowych, w jednym wystąpiły w przebiegu cierpienia objawy błędnikowe, które stopniowo znikły po operacji, w dwóch wreszcie stwierdzono ropnie zewnątrzoponowe (jeden zewnętrzoponowy, jeden zewnątrzzatokowy).

Zemann spostrzegał na 21 przypadków ropnego zapalenia wyrostka sutkowego pochodzenia streptococcus mucosus 14 powikłań, w tem 11 ropni okołozatokowych, 2 zakrzepy zatoki, raz jeden ropne zapalenie opon mózgowych.

Wittmaack na 15 przypadków mastoiditis tego pochodzenia raz jeden spostrzegał *meningitis, raz sinusthrombosis.*

Kümmel uważa, iż w razie zajęcia komórek sutkowych tym drobnoustrojem zaledwie w 50% następuje wyzdrowienie. Nasze więc cyfry są w sensie prognozy lepsze od statystyki Kümmela, nieco gorsze zaś od cyfr, podawanych przez Wittmaacka i Żemanna.

Zasługują na uwagę i wymagają omówienia spostrzegane w naszych przypadkach objawy subjektywne i objektywne cierpienia, stan wyrostka sutkowego podczas operacji, wreszcie okres pooperacyjny. W dwóch przypadkach mieliśmy obostrzenie przewlekłego ropienia ucha, w czterech zaś objawy chorobowe trwały od 2 do 5 tygodni. Naogół cierpienia rozpoczynało się zwykłemi objawami ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego, przyczem dość szybko dołączały się bóle za uchem, w czterech przypadkach bez obrzmienia okolicy wyrostka sutkowego, w dwóch innych stwierdzono obrzmienie za uchem.

Ropienie zazwyczaj było obfite, ropa bądź wypływająca z ucha

środkowego' bądź wydobyta podczas operacji z wyrostka sutkowego była ciągnąca się, jak to spostrzegali i inni badacze w cierpieniach ucha, wywołanych przez zakażenie streptococcus mucosus.

Obrazu błony bębenkowej podanego przez *Stütza*, mianowicie bladego nacieczenia w górnej jej części nie spostrzegałem ani razu. W naszych przypadkach błona bębenkowa była czerwoną, obrzmiałą, centralnie przedziurawioną, w jednym tylko przypadku brak było przedziurawienia, lecz istniało zaczerwienienie i wypuklenie w tylnej części, jak to daje się spostrzegać wogóle w ostrem zapaleniu ucha środkowego. Stan wyrostka sutkowego, stwierdzony podczas operacji, przedstawiał się w naszych przypadkach następująco: w czterech przypadkach wyrostek był silnie pneumatyzowany, w jednym był diploetyczny z niewielką liczbą malutkich komórek, będących w stanie przekrwienia zapalnego. W tym właśnie przypadku wystąpiło śmiertelne powikłanie mózgowe.

Naogół zewnętrzna warstwa kości, pomimo iż ropa często była pod ciśnieniem, nie wykazywała zniszczenia, natomiast spostrzegane ropnie zewnętrzoponowe i obecność ziarniny na zatoce i oponie przemawiałyby raczej za tendencją procesu szerzenia się wgłąb kości, jak to podkreślają *Albert, Zemann, Kümmel, Neumann i Ruttin.*

Przebieg pooperacyjny w naszych przypadkach, z wyjątkiem przypadku trzeciego, zakończonego śmiercią, był naogół normalny. W kilka dni po operacji ciepłota spadała do normy, bóle ustępowały; gojenie rany pooperacyjnej było prawidłowe.

Istniejące w przypadku piątym objawy błędnikowe, zależne prawdopodobnie od labyrinthitis serosa, ustąpiły po trzech tygodniach całkowicie. Ropienie z ucha w czterech przypadkach znikło zupełnie, słuch powrócił.

Podobnie gładki przebieg pooperacyjny w ropnych zapaleniach wyrostka sutkowego spowodowanych zakażeniem streptococcus mucosus notują i inni autorowie — *E. Urbantschitsch, Beck, Cemach, Zemann.*

Czas trwania okresu zdrowienia wahał się u naszych chorych między 4 — 5 tygodniami, był więc krótszy, aniżeli notowany przez Zemanna (przeciętnie 62 dni), nie różnił się jednak od spostrzeganego w mastoiditach innego pochodzenia.

Nawrotów cierpienia nie spostrzegaliśmy.

Wnioski:

1) Odsetek zakażeń ucha, wywołanych przez streptococcus mucosus, jest niewielki;

2) zakażenie to zwykle powoduje powikłania ze strony wyrostka sutkowego, mając tendencję szerzenia się w głąb kości;

3) obraz kliniczny cierpienia oraz przebieg pooperacyjny nie różnią się od spostrzeganych w ropnem zapaleniu wyrostka sutkowego pochodzenia innego;

4) budowa kości widocznie ma duży wpływ na przebieg sprawy chorobowej;

5) wobec powyższego badanie bakterjologiczne ropy w przypadkach ropnego zapalenia ucha środkowego nabiera dużego znaczenia, stwierdzenie bowiem w ropie obecności tego zarazka zmusza nas do ostrożności, a często do szybkiej interwencji.

Piśmiennictwo.

1. Alberti. Beitrag zur Bacteriologie der Otitis media purulenta acuta. (Arch. f. Okr. Bd. 85. H. 4). Alberti. Zur Bakteriologie der akuten Mastoiditis. (Arch. f. Obr. Bd. 92). 3. Beck (Moni f. Okr. 1924. H. 4. str. 372). 4. Mark. Betrag zur Bakteriologie der mit eitriger Mastoiditis komplizierten Otitis media acuta. (Ztsch. f. Okr. 1908. Bd. 56). 5. Misiewicz i Baumritter. Przyczynek do karnistyki potocznie czworaczkowych. (P. S. L. 1924 Nr. 10—11) 6. Kettelkamp Mucosis Otitis. (The Laryngoscope Vol. XXXIV. Nr. 3). 7. Sschlander Otitis und ac. Diabetes mellitus (Ost. Otol. Ges. April 1923 — Mon. f. Okr. 1923 H. 6). 8. Stütz. Siebenjährige Ekfahrungen über die durch den Steptococcus mucosus herworgerufene Otitis und ac. (str. Ztsch. f. Okr. Bd. 71). 9. E. Urbantschitsch. (Mon. f. Okr. 1924. H. 4). 10. Wąsowski. (Pam. Wileńsk. Tow. Lek. r. 1925 1—2). 11. Zemann. Zur Kenntniss der Steptococcus mucosus. (Arch. f. Okr. 1913. Bd. 92). 12. Kolle u. Hetsch Die (Experimentelle Bakteriologie und die Infectons krankhevten 1919).

DR. ADOLF SCHWARZBART.

Ordynator Oddz. otolaryng. Szpit. izrael. w Krakowie.

Rozwój i postępy laryngoskopji bezpośredniej w rzucie historycznym:

Obserwując ewolucję endolaryngealnych metod inspekcyjno-operacyjnych ostatniej doby, odbiera się wrażenie zapowiedzi, dokonywających się zmian fizjognomji nowoczesnej laryngologji. W takiej chwili budzi się nieodparta potrzeba spojrzenia wstecz na fazy rozwoju $^{3}/_{4}$ wiekowego tej umiejętności w celu należytej oceny nowych zjawisk. Przebiegając myślą całokształt dotyczących przejawów, pragniemy wśród splotu zagadnień rozwoju nauki w ogólności, a medycyny

i techniki w szczególności dopatrzeć się w nim nici przewodniej genetycznej kolejności i współzależności. Nicią tą jest *problem udostępnienia pod względem inspekcyjno - operacyjnym okolic poniżej gardła leżących,* a bezpośrednio niedostępnych. Laryngologja bierze udział w problemie tym w trzech etapach.

Pierwszym jest laryngoskopja pośrednia, zapoczątkowana w połowie ubiegłego stulecia przez Garcię, rozwinięta przez Türcka i Czermaka. Przeszła ona w krew żyjącej generacji laryngologów i zajmuje po dziś dzień przodujące w niej stanowisko, przestała na ogół być przedmiotem dyskusji i, jak się zdaje, stanęła w rozwoju, dosięgłszy naturalnych granic tkwiących w niej możliwości. Postępy, osiągnięte tą metodą, były tak znaczne, że usunęły na długi czas w cień wszelką myśl o jakichkolwiek innowacjach metodologicznych. Krtań była granicą działania tej metody. Wprawdzie lusterko krtaniowe okazywało nieraz oczom tchawicę i nawet bifurkację, lecz z czasem oswojono się z tem, by uważać okolice te za niedostępne i niebezpieczne dla wszelkiej interwencji *per vias naturales.*

Ostatni ten fakt psychologiczny okazał się dobitnie, gdy w r. 1891, oznaczającym początek *drugiego* etapu naszej drogi, wystąpił Kirstein ze swoim autoskopem (Rinnenspatel), jako pierwszą próbą laryngoskopji i tracheoskopji bez pomocy lusterka.

Dla historycznej oceny tego odkrycia musimy znów cofnąć się wstecz o kilkadziesiąt lat, t. j. do czasów początków lusterka krtaniowego. Zwiększone zainteresowanie drogami poniżej gardła leżącemi rozbudzone odkryciem lusterka, przypadło na okres świetnego rozwoju chirurgji, pełnej zdobywczego rozmachu i dało impuls do narodzin ezofagoskopji. Metoda ta z wahających się i niepewnych początków (Bevan, Waldenburg, Zenker, Stoerk, Kussmaul) dochodzi niebawem do klasycznej formy w r. 1881 w pracach Mikulicza: „Ueber Gastroskopie und Oesophagoskopie" i innych, a myśl jego rozwijają i wypracowują w Niemczech i Austrji von Hacker, Rosenheim, Kirstein, Kahler, Schrötter, Killian, von Eicken, Brünings, we Francji Guiséz, w krajach anglosaskich Lerche, Jackson i inni. Zasadniczym owocem tych wysiłków jest *pokonanie krzywizny drogi od jamy ustnej do przełyku—i żołądka zapomocą rury sztywnej prostolinijnej.* Przełomowy ten krok metodologiczny, posiłkowany przez potężny rozwój optyki i postępy w stosowaniu środków znieczulających staje się po pewnym czasie, kiedy eksploatacja kliniczna laryngoskopji pośredniej stopniowo się wyczerpuje, punktem wyjścia rozwoju tracheobronchoskopji. Na drogę tego rozwoju wstąpił właśnie Kirstein swoim auto-

skopem. Lecz najważniejszy krok z punktu widzenia tracheobronchoskopji pozostawał jeszcze do zrobienia: Należało przezwyciężyć obawę przed wprowadzeniem metalowego instrumentu do tchawicy i oskrzeli. Krok ten, przed którym cofnął się Kirstein, uważając go za niemożliwy, uczynili odważnie Pieniążek i Killian w latach dziewięćdziesiątych, pierwszy przez swoją *„tracheobronchoscopja inferior"*, w której kombinacja zasad szpatułki Kirsteina i ezofagoskopu prostego została zastosowaną do dróg oddechowych. Przegląd rozwoju poszczególnych faz tracheobronchoskopji jakoteż zasług położonych przez szereg pracowników przekraczałby ramy niniejszych rozważań. Przeważnie powtarzają się tutaj nazwiska następców Mikulicza w rozwoju ezofagoskopji. Rezultaty tych prac były trojakie: 1) metodyka tracheobronchoskopji z jednej, a ezofagoskopji, z drugiej strony przez wzajemne oddziaływanie upodobniły się do siebie, stając się jednocześnie niemal wyłączną dziedziną laryngologów, 2) metodyka ta osiągnęła nadzwyczaj wysoki poziom rozwoju z jednej, a zróżniczkowania z drugiej strony. Zróżniczkowanie to dotyczy jednak wyłącznie indywidualnych odmian poszczególnych badaczy, podczas gdy zasada pozostaje niezmienioną, a jest nią zasada rury prostej, przedłużalnej, wprowadzanej w dowolnej pozycji (tj. siedzącej lub leżącej) badanego pod kontrolą wzroku, a oświetlanej najrozmaiciej, przeważnie jednak przy pomocy tz. panelektroskopu, umieszczonego u wlotu rury, a podlegającego regulacji co do kierunku i głębokości snopu światła, 3) metodyka ta po niejakim czasie osiągnęła pewien stan równowagi, stanąwszy u naturalnych granic swego rozwoju.

Ten stan rzeczy utrzymał się do roku 1910 wzgl. 1912. Laryngoskopja pośrednia i tracheobronchoskopja dopełniały się nawzajem; lecz jakkolwiek ta ostatnia otworzyła dla laryngologji nowe dziedziny, to przecież nie wypełniła pewnych braków, na które cierpiała laryngoskopja pośrednia odnośnie do samej krtani, a mianowicie; nie usunęła ograniczonej zdatności inspekcyjnej i operacyjnej tej metody, jakoteż niedogodności, wynikających z jednoocznego widzenia, jednoręcznego operowania i z pracy w obrazie odbitym.

Od dawna już laryngoskopja pośrednia walczyła z temi trudnościami wynikającemi z natury samej metody. Wspomnieć tu należy t. z. położenie Killiana pierwsze i drugie, mające uwidocznić lepiej okolicę więzadła przedniego i tylnej ściany krtani, dalej przyrządy do odchylania nawisłej zgrubiałej lub zniekształconej nagłośni (Kohldeckelhalter), metodę Bruggemanna, który przy pomocy pętli jedwabnej, a później z pomocą odpowiednich kleszczyków stara się

„ligamentum conicum, a z niem całą krtań przemieścić ku przodowi i w ten sposób tę ostatnią wraz z gardłem dolnem (hypopharynx) lepiej udostępnić dla lusterka.

Wśród tych i tym podobnych usiłowań ukazuje się na drodze laryngologji jako *trzeci* etap laryngoskopja bezpośrednia, zapoczątkowana w roku 1910 do 1912 odkryciem Killiana, której punktem wyjścia było przypadkowe spostrzeżenie na zwłokach. W zwieszonej głowie ułożonego na wznak osobnika znajduje się żuchwa z językiem ponad szczęką górną i podniebieniem, a linja od języka ku nagłośni biegnie w przybliżeniu poziomo. Jeżeli posłużymy się dwuramienną prostokątną szpatułką. (Killian używał szpatułki Kirsteina (Kastenspatel) i jeśli *poziomem* ramieniem uciśniemy język aż po nagłośnię, górny zaś koniec ramienia *pionowego* zawiesimy pod silnym ciśnieniem — na haku ponad głową badanego, wówczas uwidocznimy sobie tylną część krtani, a w miarę przesuwania górnego końca ramienia pionowego ku badaczowi, — przy utwierdzeniu dolnego końca na zgryzie — stają się stopniowo dostrzegalne części krtani coraz bliższe ku przodowi aż do więzadła przedniego. Równocześnie ukazują się oczom części głębsze aż do bifurkacji z jednej strony, a z drugiej gardło dolne, mniej lub więcej rozchylone, i okolice zatok gruszkowatych. Dodatkowe urządzenia gwarantują rozwarcie jamy ustnej i utwierdzenie kąta szpatułki na zgryzie, zapobiegając wysunięciu się przyrządu. W ten sposób osiągnięte zostaje: 1) szerokie pole widzenia, 2) uwidocznienie krtani i sąsiedztwa, 3) samoczynne utwierdzenie przyrządu i przez to samo, 4) swoboda rąk lekarza.

Postępowanie to, ujęte stopniowo w ścisłą metodę, nazwał Killan laryngoskopją w zawieszeniu (Schwebelaryngoscopie), a szpatułkę swoją „Schwebe haken", wychodząc z założenia, że metoda jego jest rodzajem zawieszenia głowy, zwisającej na t. zw. szubienicy przy pomocy rzeczonej szpatułki. Przyrząd Killiana uległ rozlicznym modyfikacjom Lyncha, Albrechta i innych i jest do dziś dnia w różnych odmianach używany. *Wszelako stopniowo pogląd na ważność zwisania głowy*, która rzekomo miała być na szpatułce zawieszona, *zmienia się zasadniczo.*

Już Albrecht w jednej za swych modyfikacji zrywa z tak zwaną „szubienicą", a zastępuje ją dwiema siłami równoległemi, działającemi pionowo, lecz od dołu, obok głowy badanego (Stützautoscópie). W roku 1913, a więc w rok po ogłoszeniu przez Killiana swej metody, francuski laryngolog *Robert Leroux* podaje swój przyrząd bezpośredniego badania krtani zapomocą odsuwania języka ku przodowi

przez szpatel, uciskający na podstawę języka w przestrzeni pomiędzy *lig. glossa epiglotteca*, i urządzenia rozszerzającego automatycznie jamę ustną. Przyrząd swój nazwał *orthoscope autostatique*, a samę metodę *orthoscopie direete autostatique*. Z czasem *pokazuje się, że w metodzie Killiana jest istotnem nie zwisanie głowy, lecz* opisany powyżej, skierowany ku badaczowi ruch górnego punktu pionowej części szpatułki, *ruch, który wobec utwierdzenia na zgryzie jest ruchem kątowym*, i że jeszcze bardziej istotnym jest wynikający stąd ruch kątowy *poziomej części szpatułki*, który niweluje naturalne kątowe załamanie przedniego konturu szyi, zbliżając go po linji prostej, przez co dopiero okolica krtani w całości okazuje się oku. Wobec tego upada konieczność zwieszenia głowy i wogóle pozycji leżącej a wraz z tem i cała pierwotna koncepcja Killiana.

Na tych nowych zasadach opierają się dwa przyrządy: *Autoskop Seifferta* (Bruststützautoscop) i *Direktoskop Hasslingera*. Pierwszy jest właściwie hakiem Killiana, którego ramię pionowe jest załamane i pelotą oparte na mostku badanego. Nazwijmy szpatułkę ustną „a“, ramię oparte na mostku „c“ a krótkie ramię łączące“, — będące pozostałością ramienia pionowego haku Killiana — „b“. Gdy po założeniu instrumentu t.j. wprowadzeniu szpatułki i oparciu peloty na mostku zmniejszamy stopniowo odpowiednim mechanizmem śrubowym kąt między „b“ a „c“ t. j. ramieniem mostkowem a łączącem, wówczas zwiększa się nacisk peloty na mostek, a równocześnie koniec krtaniowy szpatułki „a“ — *złączonej stale* z ramieniem łączącem „b“ — wykonuje omawiany powyżej ruch kątowy, wypiera w ten sposób części miękkie szyi ku przodowi i odsłania krtań.

Odmiennie i to w sposób zupełnie nowy i oryginalny wykorzystuje spostrzeżenie o ważności ruchu kątowego szpatułki — *direktoskop Hasslingera* demonstrowany przez autora po raz pierwszy na kongresie laryngologów niemieckich w r. 1923 w Kissingen. Direktoskop jest to rodzaj dużej dwułyżkowej rozwórki, przypominającej zgrubsza powiększony wziernik nosowy Duplaya. Przyjmijmy pozycję leżącą badanego, wówczas przy wprowadzeniu instrumentu łyżka górna, mająca kształt rynienkowatej szpatułki posuwa się wzdłuż grzbietu języka, zaś dolna — płaska po podniebieniu. Na końcu dolnej szpatułki znajduje się przesuwalna pelota, która po wprowadzeniu instrumentu pod kontrolą wzroku może być wsuniętą w głąb aż póki nie zaadaptuje się w gardle dolnem (hypopharynx) i nie oprze się na kręgosłupie. Z tą chwilą cały instrument, oparty o dwa punkty stałe: kręgosłup i zgryz, zostaje unieruchomiony. Śru-

bowym mechanizmem, działającym podobnie, jak przy wzierniku Duplaya, rozkręcamy wówczas instrument, przyczem łyżka dolna pozostaje w miejscu, zaś górna językowa wykonuje wiadomy ruch kątowy, uwidoczniający stopniowo wszystkie części krtani.

W obu opisanych przyrządach wyniki metod są te same w pozycji siedzącej i leżącej, a o wyborze pozycji rozstrzygają jedynie dalszorzędne momenty kliniczne, i w obu też oswobodzenie się od Killianowskiej zasady zawieszenia staje się faktem dokonanym.

Poza temi przyrządami należy jeszcze zarejestrować kilka innych, które wyłoniły się w czasach ostatnich.

Wziernik rozwórkowy Seifferta (Spreizspeculum), podany cokolwiek tylko później od Direktoskopu, oparty jest na podobnej zasadzie jak Direktoskop, nie przedstawia dalszego postępu i jest zdaje się spóźnioną publikacją wcześniejszego pomysłu ze szkodą dla praw pierwszeństwa autora.

Autoskop Hoelschera przypomina nieco Direktoskop, ile że jest również dwułyżkowym; łyżka podniebienna jest tu jednak całkiem krótka i ustala się przez oparcie wyłącznie na wyrostku zębowym szczęki górnej i na podniebieniu twardem.

Autoskop Wagenera o tyle jest pokrewny podanym przyrządom, że dąży również do samoczynnego ustalenia na zgryzie.

Wziernik Polyaka (Kehlkopfspeculum) jest rodzajem szpatułki kątowej bez samoczynnego ustalenia.

Wziernik J. Pieniążka demonstrowany na ostatnim Zjeździe Polskich Otolaryngologów w roku ubiegłym i nadający się zwłaszcza do bezpośredniego badania dzieci.

Zupełnie pominąć można tu szereg przyrządów skonstruowanych wedle pierwowzoru pharyngoskopu Flataua (autophonoskop Panconcelli — Calzia, Stereoendoskop Flataua, Turbostroboskop Wethlo, Pharyngoskop Schmukerta, autolaryngoskop Prochowskiego, i inne); albowiem są to przyrządy optyczne soczewkowo prysmatyczne, przypominają raczej cystoskop, umożliwiają wyłącznie inspekcje, a to w obrazie prostym odwrotnym lub kontralateralnym, i służą celom studjów phonetyki i fizjologji głosu.

Z powyższych wywodów widzimy, że po zakończeniu cyklu rozwojowego laryngoskopji pośredniej i tracheobronchoskopji przychodzi ostatnio do głosu laryngoskopja bezpośrednia jako nowy, zdaje się okres w rozwoju metodyki laryngologicznej. W kilkunastoletnim zaledwie rozwoju — przerwanym w dodatku okresem wojennym — zdążyła ona z pierwotnej złożoności i błędności niektórych założeń

przejść ku formom prostym i dogodnym. Ciężki, skomplikowany i drogi aparat Killiana nie przyjął się nigdy nadmiernie; z innych późniejszych, o ile nam wiadomo, rozpowszechniły się nieco silniej jedynie: autoskop Seifferta, a zwłasza Direktoskop Hasslingera. Pierwszy, dający bardzo dobre wyniki, jest jednakże jeszcze instrumentem dość ciężkim i rubasznym, a szpatułka językowa wcale przykrą. Przyrząd ten czeka jeszcze udoskonalenia. Drugi, wykonany z aluminium, jest lekki w zastosowaniu prosty i dla pacjenta łagodny. Mimo, że prace nad stworzeniem ostatecznego typu laryngoskopji bezpośredniej nie mogą być jeszcze uważane za ukończone, można już dziś powiedzieć, że droga obrana oznacza poważny postęp laryngologji w kierunku zarówno inspekcyjnym jak i operacyjnym. Co więcej, zdaje się, że laryngoskopji bezpośredniej będzie danem w pewnej mierze wyręczyć nawet tracheoskopję, a w niektórych wypadkach oszczędzić większe zabiegi operacyjne, a przedewszystkiem rozszczepienie krtani (laryngofissura) Głównemi zaletami tej metody, wyznaczającemi jej poczesne i odrębne miejsce, są: bezkrwawość i zupełne bezpieczeństwo, swoboda obu rąk badającego, obuoczne widzenie t wreszcie znakomita i bezpośrednia, długotrwała i nieprzerwana dostępność pola obserwacyjnego względnie operacyjnego.

Literatura: G. Killian Dfe Schwebelaryngoskopie u ihre praktische Verwertung. Urban Schwarzenberg 1920. Hoelscher: Die Schwebelaryngoskopie w Katz-Blumenfeld Handb. d. spez. Chirurgie d. Ohres u. d. oberen Luftwege T. II. 3 wyd. M. Mann: Tracheobronchoskopie w j. м. T. IV. Hugo Stark — Oesophagoskopie w j. w. T. IV. F. Hasslingerr: A new self retaining Apparatus for direct Laryngoskopy (Acta otolaryng. V. d. VII Fasc. 3) Polyak L. Kehlkopfspeculpm f. dir. Kehlkopfarbeit (Zeitschrift f. HNO Bd. VII H. 3. Caesar Hirsch. Ueber die Entwicklung und den heutigen Stand der neueren Methoden der direkten Besichtigung d. oberen Luft u. Speisewege (Zeitschrift f, Laryn. u. Otol. Band XIII Feft I. A. Brüggemann. Verbesserung meiner Methode de Hypopharyngoskopie (Verhandlungen d. gesammten deutschen H. N. u O. Aerzte in Kissingen 1923 str. 80. Panconcelli-Calzia: Ueber den heutigen Stand der Laryngoendoskopie in Deutschland v. experim. phonetischen Standpunkte (Zeitschrift f. R. L. O. XIT tom, zeszyt 1 — 2.

Dr. W. KUŹNIAR asyst. klin.

Geografja gruźlicy górnych dróg oddechowych na podstawie materjału kliniki lwowskiej*).

(Z kliniki oto-laryngologicznej U. J. K. Dyr. Prof. Dr. T. Zalewski).

Wiadomą powszechnie jest rzeczą, że zakażenie gruźlicą i następnie jej rozwój w ustroju w przeważnej mierze zależy od warunków bytowania osobnika, przedewszystkiem od higjeny mieszkania, pracy wreszcie, od sposobu odżywiania się i t. d. Gruźlica górnych dróg oddechowych jest w olbrzymiej liczbie przypadków gruźlicą wtórną; ciekawą przeto jest rzeczą, jakie warunki najbardziej sprzyjają jej rozwojowi — w pierwotnej zaś, o wiele rzadszej, jakie warunki najbardziej ułatwiają zakażenie prątkiem Kocha.

Mając do dyspozycji duży materjał przychodni kliniki otolaryngologicznej lwowskiej, za czas od 1908 — 1924 r., obejmujący 34802 przypadki, z czego 18862 t. j. 54,2% schorzeń górnych dróg oddechowych, sądzę, że pewne wnioski z niego odnośnie do powyższych warunków wysnuć można. Materjał cały ułożyłem w dwie tablice, z których pierwsza obejmuje tylko gruźlicę górnych dróg oddechowych, podzieloną wedle umiejscowienia w poszczególnych ich odcinkach, wedle wieku, płci oraz warunków bytu; — druga zawiera gruźlicę górnych dróg oddechowych, podzieloną również wedle lokalizacji, w stosunku do innych schorzeń tychże dróg oraz jej rozmieszczenie terytorjalne.

Schorzenia gruźlicze w tablicy pierwszej podzielone są na siedem grup wedle umiejscowienia zmian chorobowych, t. j. na gruźlicę nosa, gardła, krtani, nosa i gardła, nosa i krtani, gardła i krtani oraz nosa, gardła i krtani. Podział ten uwidocznia, że przeważająca liczba schorzeń gruźlicznych jest umiejscowiona w krtani, na 1056 bowiem przypadków gruźlicy górnych dróg oddechowych 788 t. j. 74,6% przypada na krtań. Drugie miejsce pod względem liczebności zajmuje gruźlica nosa — 178 przypadków t. j. 16,9%; trzecie miejsce przypada na równoczesne umiejscowienie zmian w krtani i gardle — 26 przyp. t. j. 2,5%, wreszcie równomiernie co do częstości występują schorzenia, umiejscowione równocześnie w nosie i gardle oraz w nosie, gardle i krtani — po 22 przyp. t. j. 2,1%. Schorzenia gruźlicze samego

*) Wygłoszone na posiedzeniu Sekcji oto-laryngolog. XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Warszawie.

TABLICA I.

Gruźlica górnych dróg oddechowych według wieku i środowiska.

Miejscowość	Wiek	Gruźlica nosa		Gruźlica gardła		Gruźlica krtani		Gruźlica nosa i gardła		Gruźlica nosa i krtani		Gruźlica gardła i krtani		Gruźlica nosa, gardła, krtani		Ilość schorzeń gruźl. górn. dróg oddech.		Razem
		M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	
Miasta ponad 100 tys. mieszk.	1—5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
	6—10	2	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	2	6	8
	11—20	9	14	—	2	9	15	2	4	—	—	—	1	1	5	21	41	62
	21—30	8	8	—	3	66	40	—	—	—	—	1	1	—	1	75	53	128
	31—40	4	7	—	3	55	33	—	—	—	—	2	—	—	—	61	43	104
	41—50	—	5	—	—	54	10	—	—	—	—	2	—	—	—	56	15	71
	51—60	1	—	—	—	22	4	—	—	—	—	—	—	—	—	23	4	27
	61—70	—	—	—	—	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	5	1	6
Miasta od 20—100 tys. mieszk.	1—5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	6—10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	11—20	—	2	—	—	—	1	—	1	—	1	—	1	—	—	—	6	6
	21—30	1	2	—	—	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	2	6	8
	31—40	—	—	—	1	11	6	—	—	—	—	1	—	—	—	12	7	19
	41—50	—	2	—	—	10	2	1	—	—	—	—	—	—	—	11	4	15
	51—60	—	—	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	4
	61—70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Miasteczka do 20 tys. mieszk.	1—5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	6—10	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
	11—20	4	7	—	—	2	4	1	—	—	—	1	—	—	3	8	14	22
	21—30	1	2	—	—	27	19	—	—	—	—	1	1	—	—	29	22	51
	31—40	—	1	—	—	25	19	—	—	—	—	—	—	—	—	25	20	45
	41—50	2	1	—	—	16	6	—	1	—	—	—	—	—	—	18	8	26
	51—60	—	2	—	1	19	3	—	—	—	—	—	—	—	—	19	6	25
	61—70	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	8
Wieś	1—5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	6—10	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	5	5
	11—20	10	35	1	3	6	18	5	3	—	—	—	2	2	4	24	65	89
	21—30	9	8	1	—	36	43	2	2	2	—	2	2	3	1	55	56	111
	31—40	6	7	—	1	60	26	—	—	—	—	2	—	—	—	68	34	102
	41—50	1	6	—	—	48	14	—	—	—	1	4	—	—	—	53	21	74
	51—60	—	2	—	—	21	4	—	—	—	—	—	—	—	1	21	7	28
	61—70	—	—	—	—	6	4	—	—	—	—	—	—	—	—	6	4	10
Ilość gruźl. poszczeg. części górnych dróg oddech.		60	118	2	14	510	278	11	11	2	2	16	10	6	16	607	449	
Razem .		178		16		788		22		4		26		22		1056		1056

gardła stanowią 1,5% — 16 przyp.; najrzadziej występuje gruźlica umiejscowiona równocześnie w nosie i krtani bo tylko w 4 przyp. t. j. w 0,4%. Cyfry te wskazują na to, że gruźlica górnych dróg oddechowych jest w olbrzymiej większości schorzeniem wtórnem, powstającem przez inokulację z pierwotnego ogniska w płucach, o wiele rzadziej natomiast zdarza się gruźlica pierwotna i to najczęściej pod postacią tocznia pospolitego nosa, względnie nosa i gardła. Wybitne różnice w schorzeniach gruźliczych górnych dróg oddechowych występują również w zależności od płci. Na 788 przypadków gruźlicy krtani 510 znajdujemy u mężczyzn, czyli 64,7% a tylko 278 t. j. 35,3% u kobiet. Odwrotnie natomiast ma się sprawa z gruźlicą nosa, albowiem na 178 przypadków tego schorzenia 118 (66,3%) spotykamy u kobiet a 60 u mężczyzn (33,7%). Zjawisko to w gruźlicy krtani wytłumaczyć sobie można tem, że praca mężczyzn zwykle jest znacznie więcej wyczerpującą od pracy kobiecej, prócz tego odbywa się ona w warunkach gorszych pod względem zdrowotności środowiska (fabryki, kolejnictwo, biura), co wpływa, razem wziąwszy, ujemnie na odporność organizmu, przez co łatwiej rozwija się gruźlica płuc i dlatego też częściej przychodzi do następowego usadowienia się prątków i zmian gruźliczych w krtani.

Praca kobiet, polegająca przeważnie na zajęciu domowem, jest w każdym razie mniej wyczerpującą, a i środowisko, w którem się ona odbywa, jest bezprzecznie mniej ujemnie oddziaływującem na ustrój. Odwrotnie ma się sprawa z gruźlicą nosa. W niej, jako w schorzeniu pierwotnem i więcej lokalnem (jeśli naturalnie gruźlicę płuc uważać mamy za schorzenie ogólne, (najważniejszym czynnikiem powstania i rozwoju jest nie tyle odporność ustroju, co raczej dostanie się prątków w odpowiedniej liczbie na błonę śluzową, względnie skórę. Prątki te najczęściej dostają się nie z powietrzem oddechowem, jak to ma miejsce w zakażeniu płuc, ale przedostają się w głąb błony śluzowej, względnie skóry, przez ubytki w powierzchownych warstwach nabłonka, spowodowane obrażeniami. By przyszło do zakażenia, materjał zakaźny musi się znajdować na powierzchni podlegającej uszkodzeniu bł. śluzowej lub skóry. W gruźlicy nosa czynnikiem, porodującym najczęściej *lesio continui* powierzchownych warstw przyskórka przedsionka nosowego lub części ruchomej, są palce, na których powierzchni znajdują się zdolne do rozwoju prątki Kocha. Kobiety o wiele łatwiej i częściej mogą mieć temi prątkami zakażone ręce z racji swego zajęcia domowego, sprzątania mieszkań, prania bielizny i t. p., wiadomą jest bowiem rzeczą, że prątki gruźlicze najdłużej za-

chowują swoją żywotność i najobficiej się znajdują w ciemnych mieszkaniach gruźlików i na przedmiotach ich codziennego użytku. Jeśli przyjrzymy się zestawieniu gruźlicy górnych dróg oddechowych pod względem wieku, w którym występuje, to uderza przedewszystkiem, że największa liczba schorzeń przypada na wiek dojrzały — trzeci i czwarty dziesiątek lat. W wieku do lat pięciu na 1056 przypadków gruźlicy znajdujemy tylko 1 schorzenie gruźl. nosa, w drugiej połowie pierwszego dziesiątka lat ilość nieco się zwiększa — do 14 przypadków, z których tylko 1 gruźlicy krtani a reszta umiejscawia się w nosie lub w nosie i gardle. W drugim dziesiątku lat ilość gruźlicy odrazu szybko wzrasta do 179 przypadków, przy zachowaniu równowagi między gruźlicą pierwotną (nos, gardło) a wtórną (krtań). W trzeciem dziesięcioleciu gruźlica górnych dróg oddechowych osiąga maximum częstości — 309 przypadków, z ogromną przewagą gruźlicy wtórnej nad pierwotną. Między 30—40 rokiem —186 przyp., w szóstem dziesięcioleciu 84 — w siódmem 24 przypadki. Powyżej 70 roku życia w materjale kliniki lwowskiej nie znalazłem gruźlicy górnych dróg oddechowych. Gdybyśmy przedstawili gruźlicę górnych dróg oddechowych graficznie jako funkcję wieku i częstości występowania, to otrzymalibyśmy krzywą o dość stromem ramieniu wstępującem i łagodniejszem zstępującem, a której szczyt przypadałby na trzecie dziesięciolecie. Krzywa gruźlicy nosa ma ramię wstępujące bardziej strome i szczyt w drugim dziesiątku lat, gruźlica krtani bardziej pochyłe i szczyt przesunięty bliżej czwartego dziesiątka lat oraz mniej ostry. Przyjrzyjmy się teraz bliżej zależności gruźlicy górnych dróg oddechowych od środowiska, w którem żyją chorzy nią dotkięci. Sądząc, że warunki bytu inne są w miastach dużych, inne w średnich, a jeszcze inne w małych miasteczkach i wsiach, podzieliłem środowiska, z których pochodzą chorzy na cztery grupy: 1) miasta ponad 100 tys. mieszkańców, 2) miasta od 20 — 100 tys., 3) miasteczka, 4) wsie. Do grupy pierwszej należy tylko miasto Lwów, do drugiej miasta takie jak Tarnopol, Stanisławów, Kołomyja, Drohobycz, Przemyśl i t. d., do trzeciej wszystkie inne miasteczka, do czwartej wsie. Różnice ilościowe w poszczególnych grupach nie mają znaczenia, ogólnie wziąwszy, z tego względu, że są one nierówne co do ilości mieszkańców oraz dla tego, że chorzy mieszkający na prowincji w mniejszym procencie zgłaszają się do leczenia w przychodni klinicznej, aniżeli chorzy, mieszkający w mieście uniwersyteckiem. Większe znaczenie wydaje mi się mieć porównanie poszczególnych postaci gruźlicy górnych dróg oddechowych w obrębie każdej z grup. W pierw-

szej grupie, obejmującej tylko Lwów, jako jedyne miasto, posiadające ponad 100 tys. mieszkańców — znajdujemy 62 przypadki gruźlicy nosa, 8 gardła, 315 krtani, 6 nosa i gardła, 8 gardła i krtani. Gruźlica nosa stanowi 15,3%, krtani 77,6% ogólnej liczby gruźlicy górnych dróg oddechowych. W gruźlicy nosa przeważają kobiety nad mężczyznami i największa liczba przypada na drugi dziesiątek lat, w krtani 77,2% przypada na mężczyzn a 32,8% na kobiety; u mężczyzn i u kobiet największą liczbę przypadków gruźlicy krtani znajdujemy między 21—30 rokiem życia, z którego to maksymalnego wzniesienia liczba maleje w dalszych latach szybciej u kobiet jak u mężczyzn. Z warunków zatem, w jakich żyje człowiek w dużem mieście, wynika, że są one dogodniejszemi dla rozwoju wtórnej, mniej natomiast dogodnemi dla pierwotnej gruźlicy górnych dróg oddechowych.

W drugiej grupie, obejmującej miasta o liczbie ludności ponad 20 tys. ustosunkowanie gruźlicy jest następujące: ogólna liczba przypadków 52 — z tego 7 (13,5%) lokalizuje się w nosie, 39 (75%) w krtani, a 6 przypadków (11,5%) ma równoczesne umiejscowienie w większej liczbie odcinków górnych dróg oddechowych. Trzecia grupa, miasteczka do 20 tys. mieszkańców, obejmują 178 przypadków gruźlicy, z tego gr. nosa 21 (11,8%), krtani 148 (83,1%), innej gruźlicy 9 (5,1%). Największa liczba przypadków gruźlicy nosa jest w drugim dziesiątku lat, z przewagą kobiet, maximum gruźlicy krtani w trzecim — z przewagą mężczyzn. Wieś, stanowiąca czwartą grupę tego zestawienia, daje największą ogólną ilość gruźlicy, bo 419 przypadków — z tego gruźlicy nosa 97 (23,2%), — krtani 286 (68,3%), — o innej lokalizacji 36 (8,5%). Maximum gruźlicy nosa przypada na drugi dziesiątek lat, większość mają kobiety. Co się tyczy gruźlicy krtani (286 przyp.), to 61,9% przypada na płeć męską, a 38,1% na kobiety; należy zauważyć, że największa liczba przypadków gruźlicy krtani spotyka się u kobiet wiejskich w trzecim dziesiątku lat, u mężczyzn natomiast w czwartym.

Zbierając dane z podziału gruźlicy wedle środowiska, zauważyć należy, że gruźlica krtani znacznie obficiej występuje w miastach, co wskazuje na dodatnie dla niej warunki egzystencji, oraz, że płeć męska w miastach ulega jej daleko częściej, aniżeli na wsi; wynika to z warunków pracy w miastach, odbywającej się w zamkniętych przestrzeniach, najczęściej w kurzu i dymie — odwrotnie aniżeli praca na wsi, wykonywana przeważnie na wolnem, czystem powietrzu i w świetle słonecznem. Co się tyczy wysiłku, to praca na wsi, być może, nawet więcej go wymaga od pracy w mieście. Ciężką pracą tłumaczyć rów-

nież należy to, że kobiety wiejskie stosunkowo w większym procencie zapadają na gruźlicę krtani od kobiet miejskich. Zupełnie odwrotnie przedstawia się sprawa odnośnie do gruźliczych schorzeń nosa. Tu przewaga leży po stronie wsi i kobiet. Fakt ten tłumaczyć należy brakiem należytego zwracania uwagi na czystość rąk, przenoszących zarazek, oraz na małe uświadomienie ogółu ludności wiejskiej co do niebezpieczeństwa, jakie grozi otoczeniu ze strony chorego na gruźlicę; pod tym względem wieś stoi znacznie niżej nawet od małych miasteczek małopolskich. Najmniej gruźlicy nosa procentowo pochodzi z małych miasteczek, coby do pewnego stopnia przeczyło powyższemu twierdzeniu, gdyż małe miasteczka nie sę przecież ani czyściejsze, ani też więcej uświadomione od miast średnich i dużych. W grę tu wchodzi najprawdopodobniej napływ ludności wiejskiej do miast, zwłaszcza służby żeńskiej, daleko obfitszy do miast średnich i dużych, aniżeli do małych. Stwierdzić cyfrowo tego nie mogłem z powodu braku odpowiednich danych.

Tablica druga przedstawia stosunek schorzeń gruźliczych górnych dróg oddechowych do innych schorzeń tychże dróg oraz rozłożenie wedle powiatów. Terenem, który ciąży do Lwowa, są trzy województwa wschodniej Małopolski, Wołyń oraz część województwa lubelskiego, z tem nadmienieniem, że dwa ostatnio wymienione wchodzą w rachubę dopiero z chwilą powstania Państwa Polskiego — przedtem bowiem bywały tylko sporadyczne przypadki, pochodzące z poza granicy b. Galicji. Oprócz wymienionego terenu znalazłem 24 przypadki z poza jego obrębu, pochodzących jużto z okolic, leżących obecnie w granicach Polski, ale od Lwowa znacznie oddalonych (Sląsk, woj. warszawskie), jużto nawet poza obecnemi jej granicami (Rzplite: sowiecka — niemiecka).

Ogólna liczba schorzeń dróg oddechowych wynosiła w czasie od r. 1908 — 1924 18862 przypadków, liczba schorzeń gruźliczych 1056 a więc 5,6%. Największa cyfra gruźlicy, lecz zarazem również i największa cyfra innych schorzeń przypada na miasto Lwów (406 — 10302 = 3,9%), najmniejsza na powiat Sarny (1 przypadek (1 przypadek gruźlicy).

Z zestawienia tego wynika, że im dalej od centrum, t. j. Lwowa, liczba zgłaszających się do kliniki ze schorzeniami skórnych dróg oddechowych szybko maleje — liczba chorych gruźliczych maleje również, jednak w stopniu daleko powolniejszym, gdyż gruźlica, jako cierpienie groźne i dokuczliwe, zmusza chorych do szukania porady lekarza specjalisty mimo znacznych kosztów, związanych z daleką po-

TABLICA II.

POWIAT	GRUŹLICA Nos	Gardło	Krtań	Nos.-Gardł.	Nos-krtań.	G. krt.	N. G. Kr.	Razem	Ilość innych schorzeń dróg oddechowych	0/0 gruźlicy w stosunku do in. chor.
Beresteczko	1	—	1	—	—	—	—	2	8	25
Bóbrka	3	—	7	—	—	—	—	10	189	5·3
Borszczów	1	—	5	—	—	—	1	7	37	18·9
Brody	4	—	16	1	—	—	—	21	217	9·7
Brzeżany	1	—	11	—	—	1	—	13	231	5·6
Buczacz	2	—	7	—	—	—	—	9	131	6·9
Chełm	1	—	2	—	—	—	—	3	7	42·9
Czortków	2	1	7	1	—	1	—	12	112	10·7
Dobromil	1	—	2	1	—	—	—	4	23	17·4
Dolina	1	—	4	1	—	—	—	6	43	13·9
Drohobycz	2	—	9	—	—	—	—	11	195	5·6
Dubno	2	1	4	1	—	—	—	8	32	25
Gródek Jagiel.	7	—	21	—	1	—	—	29	321	9·6
Horochów	1	—	2	—	—	—	—	3	14	21·4
Horodenka	1	—	3	—	—	1	—	5	35	14·3
Husiatyn	1	1	3	—	—	—	1	6	39	15·4
Jarosław	1	—	8	—	—	—	—	9	161	5·6
Jasło	—	—	1	—	—	—	—	1	17	5·9
Jaworów	7	1	13	1	—	—	—	22	345	6·4
Kałusz	1	—	3	—	—	1	—	5	46	10·9
Kamionka Str.	4	1	16	—	—	—	2	23	312	7·4
Kołomyja	—	—	4	1	—	—	—	5	86	5·8
Kosów	1	—	3	—	—	—	—	4	28	14·3
Krzemieniec	—	—	1	1	1	—	—	3	19	15·8
Lisko	1	—	4	—	—	—	—	5	34	14·7
Lublin	—	—	2	—	—	—	—	2	10	20
Lwów (miasto)	62	8	315	6	—	8	7	406	10302	3·9
Lwów (powiat)	20	1	47	2	—	1	1	72	1044	6·9
Łańcut	—	—	1	—	—	—	—	1	27	3·7
Łuck	—	—	2	—	—	—	—	2	25	8
Mościska	1	—	10	—	—	—	—	11	146	7·5
Nadwórna	1	—	4	—	—	—	—	5	43	11·6
Peczyniżyn	—	—	4	—	—	—	—	4	34	11·8
Podhajce	1	—	10	—	1	—	—	12	218	5·5
Przemyśl	3	—	10	—	—	—	1	14	216	6·5

TABLICA II. *(ciąg dalszy).*

POWIAT	GRUŹLICA Nos	Gardło	Krtań	Nos.-Gardł.	Nos.-krtan.	G. krt	N. G. Kr.	Razem	Ilość innych schorzeń dróg oddechowych	0/0 gruźlicy w stosunku do in. chor.
Przemyślany	1	—	15	—	—	—	1	17	342	5
Przeworsk	—	—	4	—	—	—	—	4	62	6·5
Radziechów	—	—	6	—	—	—	—	6	85	7·1
Rawa Ruska	2	—	14	—	—	1	—	17	243	7
Rohałyn	2	1	7	—	—	—	—	10	137	7·3
Równe	—	—	4	—	—	—	—	4	27	14.8
Rudki	2	—	11	—	—	—	—	13	261	5
Rzeszów	—	—	3	—	—	—	—	3	18	16·7
Sambor	1	—	7	1	—	—	—	9	123	7·3
Stary Sambor	—	—	5	—	—	1	—	6	105	5·7
Sanok	1	—	4	—	—	—	—	5	53	9·4
Sarny	—	—	—	—	—	1	—	1	7	14·3
Śniatyn	1	—	5	—	—	—	—	6	62	9·7
Skałat	1	—	6	—	—	—	—	7	118	5·9
Sokal	4	—	11	—	—	3	—	18	187	9·6
Stanisławów	2	1	17	—	—	3	—	23	267	8.6
Stryj	2	—	11	1	1	2	2	19	193	9·8
Tarnopol	6	—	9	1	—	—	1	17	307	5·5
Tłumacz	2	—	6	—	—	1	1	10	111	9
Tomaszów Lub.	—	—	2	—	—	—	—	2	12	16·7
Trembowla	2	—	8	—	—	—	—	10	102	9·8
Turka	3	—	6	—	—	—	1	10	113	8·8
Zaleszczyki	—	—	4	3	—	—	—	7	47	14·9
Zamość	2	—	1	—	—	—	—	3	17	17·1
Zbaraż	—	—	7	—	—	—	—	7	124	5·6
Zborów	2	—	8	—	—	1	1	12	225	5·3
Złoczów	2	—	7	—	—	—	—	9	137	6·6
Włodzimierz Woł.	—	—	3	—	—	—	—	3	28	10·7
Żółkiew	3	—	12	—	—	—	—	15	338	4·4
Żydaczów	1	—	9	—	—	—	1	11	149	7·4
Bohorodczany	1	—	3	—	—	—	—	4	49	8·2
Lubaczów	—	—	4	—	—	—	—	4	51	7·8
Inne miejscowości.	1	—	7	—	—	—	1	9	15	60
Razem	178	16	788	22	4	26	22	1056	18862	5·6 0/0

dróżą; przez to też procent gruźlicy w stosunku do innych schorzeń dróg oddechowych szybko wzrasta im dalej od Lwowa.

Wydawać by się mogło, że powiaty górskie powinny dawać najmniejszą liczbę gruźlicy, ze względu na najkorzystniejsze warunki zdrowotne (odległość od miast, obfitość lasów, rzadsza ludność); istotnie tak jest — ilość zgłaszających się chorych z tych powiatów w porównaniu z nizinnemi jest niewielka. Ze względu jednak na to, że leżą one od Lwowa daleko, a powiaty nizinne blisko, cyfry te są z pewnością za niskie w stosunku do rzeczywistego obrazu. Wszystkie cyfry schorzeń gruźliczych wykazują powiaty z dużemi miastami w ich obrębie pomimo tego, że leżą od Lwowa dość daleko. W tych razach zapewne owe środowiska miejskie podnoszą tak znacznie te cyfry.

Z Kliniki Oto - Laryngologicznej U. S. B. Kierownik prof. Dr. J. Szmurło.

Zastosowania diathermji w Oto-rhino-laryngologji.

podał PIOTR ROZWADOWSKI Asystent Kliniki.

Diatermja jest stosunkowo niedawnym nabytkiem fizykoterapji, gdyż datuje się od jakich lat 15. Powstała ona wskutek prac d'Arsonwala nad prądami o wielkiej częstości (haute frequence), zapoczątkowanych w r. 1895. Wynik działania tych prądów zależny jest od tego, czy mamy do czynienia z prądem o wielkiem natężeniu, a słabem napięciu, czy też z prądem o słabem natężeniu a silnem napięciu. Diatermja używa tego ostatniego. Podstawą jego działania leczniczego jest znane „prawo Joula", że każdy przewodnik, przeprowadzający prąd elektryczny, wywiązuje nieustannie ciepło i rozgrzewa się. Prądy o wielkiej częstości i dużem napięciu wywołują w żywej tkance znaczne rozgrzewanie, którego nie osiąga się przez inne postaci prądów, jak galwaniczny, faradyczny, zmnienny, wskutek zmian chemicznych lub odczynu czuciowo-ruchowego, które wywołują, a które czynią je wprost nieznośnemi w tych dawkach, jakie nie wywołują jeszcze wcale większego efektu cieplnego.

Ciepło, wywołane przez prąd o dużej częstości, wytwarza się we wnętrzu tkanki, a nie na powierzchni przewodników, jak to mamy w galwanokaustyce. Na odwrót elektrody pozostają tu zimne, lub, jeśli się nieco rozgrzewają, to tylko wskutek ciepła, wydzielanego

przez same tkanki, stykające się z niemi. Wiadomo, że nagrzewanie podczas przechodzenia prądu następuje wskutek spotykanego oporu, elektrody przedstawiają mały opór, a tkanki, włączone do prądu — znaczny, i wskutek tego następuje ich rozgrzewanie się. Ilość wytwarzanego przy tem ciepła nie jest stałą, a zależy:

1) od napięcia prądu — im ono jest większe, tem większe jest wytwarzanie się ciepła;

2) od oporu tkanek, który jest w stosunku odwrotnym do przecięcia: im ono jest mniejsze, tem opór większy, a więc i większa ilość wytwarzanego ciepła i odwrotnie;

3) od czasu: w miarę przedłużenia czasu działania prądu zwiększa się ilość wydzielanego ciepła;

4) od natężenia prądu: Jeżeli przepuszczamy prąd dużej częstości i pewnego określonego napięcia w ciągu ściśle określonego czasu przez tkankę, to osiągnięty wynik cieplny będzie zależny od tego, czy użyjemy 2 dużych elektrod, czy 2 małych, czy też 2 o różnem przecięciu: jednej dużej, drugiej małej. W pierwszym przypadku natężenie prądu będzie równe w całej masie, włączonej do równych elektrod; opór jest mały, więc rozgrzewa się ona mało (40^0—50^0)— mamy wtedy diatermję leczniczą, która może też mieć zastosowanie w otolaryngologji, jako działająca przeciwzapalnie, obniżająca ciśnienie, uśmierzająca ból w różnych sprawach nieżytowych i zapalnych w uchu, krtani i zatokach nosowych, wpływająca na rozsysanie się wysięków w sprawach wysiękowych, a nawet rozluźniająca zrosty i rozpuszczająca złogi, co zostało stwierdzone radjoskopowo przez Nagelschmidta przy zmianach dnowych w stawach. Można też oczekiwać działania rozluźniającego na zrosty takie przy otosklerosie, zrostach ucha środkowego, bliznach, zesztywnieniach kosteczek, złogach wapiennych, lecz badania w tym kierunku jeszcze dopiero zostały zapoczątkowane i o ich wynikach jeszcze trudno sądzić.

Przy równych małych elektrodach przekrój masy tkanki, ograniczony takiemi elektrodami jest mały, opór więc będzie znaczny i znaczna ilość wytwarzanego ciepła, wystarczająca do ścięcia białka tkanki, przez którą prąd przechodzi — jest to t. zw. elektrokoagulacja, dwubiegunowa czasem stosowana przy niszczeniu małych nowotworów, lecz większego zastosowania niema.

Nakoniec możemy użyć elektrod o znacznie różnych wymiarach — jednę minimalnych rozmiarów, drugą — płytę większych wyrów (20 — 50 ctm^2); w tym przypadku blok mięsny przedstawia różny opór w różnych miejscach: bardzo silny przy małej elekro-

dzie, stopniowo zmniejszający się w miarę przybliżania się do elektrody szerokiej; przy samej elektrodzie koncentracja elektryczna będzie prawie żadną, a efekt cieplny minimalny, wówczas gdy skoncentrowany on będzie przy małej elektrodzie (maximum koncentracji); zgęszczenie to wystarczy do wywołania ścięcia białka. Im szeroka elektroda będzie większą, a mała mniejszą, ten efekt cieplny będzie silniejszy. Dużą elektrodę nazywamy obojętną, małą — czynną.

W tej postaci diatermja była zastosowana po raz pierwszy przez Doyen'a w r. 1909 pod mianem elektrokoagulacji. Bordier wprowadził nazwę diatermo-koagulacji, może właściwszą dla określenia tej postaci diatermji chirurgicznej.

Zastosowana na razie do wypełnienia tak trudnego zadania, jak niszczenie nowotworów złośliwych, zawiodła pokładane nadzieje i stosowanie jej na szereg lat uległo zapomnieniu.

W r. 1911 Beer i Keyes w Ameryce, a Hietz-Boyer i Cottenot we Francji ogłosili dodatnie wyniki stosowania diatermji w chirurgji urologicznej. Oni to głównie przyczynili się do ulepszenia i rozpowszechnienia tego sposobu leczenia. W r. 1912 Bourgeois i Poyet zaczęli ją stosować w oto-laryngologji. Zakres stosowania tego sposobu zaczął stopniowo się rozszerzać. W r. 1914 angielscy i amerykańscy lekarze podjęli na nowo próby stosowania diatermji w zwalczaniu raka. Ogłaszają szereg prac z tej dziedziny: Peterson w r. 1917, Mac-Kengie, Hill, Tomsan 1918, Wright Stewad 1920, Milligan, Vidal 1621 w zakresie oto-laryngologji wychodzą prace Bordier (1922), Samengo 1922, Duthcillet de Lamothe 1923, Bourgeois i Poyet, Leroux-Robest 1924. (Literatura z r. 1925 w końcu artykułu). U nas pierwszy podał wyniki stosowania diatermji w otolaryngologji kol. Balewicz z Częstochowy w r. 1925.

Aparaty dla diatermji są normalne (Aparaty Graiffe'a, Drapier, Heitz-Boyer Reiugera) i małe. Dla celów chirurgji otolaryngologicznej, wystarczają małe aparaty diatermiczne. W klinice naszej używamy aparatu Reinigera, typu małego, składającego się z trzech części: transformatora, kondensatora i przerywacza. Tam, gdzie się ma do rozporządzenia prąd zmienny (gdyż taki jest potrzebny) transformator odpada, co znacznie zmniejsza koszt aparatu. Natężenie prądu można przy tem osiągnąć 600 miliamper. W większości naszych zabiegów wystarcza 200 — 300 miliamper. Operujący i chory muszą być izolowani od podłogi, co się daje osięgnąć ustawieniem krzeseł na linoleum.

Elektrody dwie: jedna obojętna — płytka ołowiana wymiarów

około 30 ctm.[3], umieszczona w woreczku płóciennym, który się macza w 10% rozczynie soli kuchennej i umieszcza w dowolnem miejscu ciała (najprościej będzie posadzić chorego z obnażonemi pośladkami na tę płytę). Przymocowujemy tę elektrodę zwykle za pomocą opaski do przedramienia chorego, jeżeli zabieg odbywa się w pozycji siedzącej, lub do uda w pozycji leżącej. Na jej powierzchni nie zachodzą żadne objawy cieplne, gdyż zagęszczenie prądu w tkankach przylegających jest praktycznie żadne. Należy zwrócić tylko uwagę, aby elektroda ściśle przylegała do ciała, gdyż w przeciwnym razie powstają iskry, które mogą wywołać oparzenie.

Druga mała elektroda—jest jedynie czynną; przekrój jej jest bardzo mały; w jej nabliższem sąsiedztwie zachodzą objawy cieplne w tkankach. Składa się ona z przewodnika metalowego, znajdującego się w rączce z materjału izolującego (kauczuk, heban); jeden koniec łączy się z aparatem, do drugiego zaś wkręcają się nasadki, których kształt i wymiary mogą być rozmaite stosownie do wygody użycia, topografji miejsca, gdzie mają być użyte i celu, który zamierzamy osiągnąć: mogą więc być zakończone kulką, oliwką, mieć kształt igły, nożyka prostego lub wygiętego. Elektrodę taką należy dość silnie przycisnąć do miejsca, na które chcemy podziałać i wówczas włączyć prąd; przed odjęciem elektrody prąd należy zamknąć, gdyż w przeciwnym razie powstaje iskra, sprawiająca ból operowanemu.

Umiejscowienie elektrody obojętnej nie pozostaje bez wpływu na intensywność koagulacji. Im bliżej umiejscowimy ją od elektrody czynnej, tem prędzej osiągniemy pożądany wynik. Jeżeli mamy np. za zadanie skoagulować owrzodzenie na lewym łuku podniebiennym lub migdałku, to umiejscowiając elektrodę nieczynną z lewej strony szyi osiągniemy znacznie silniejsze i prędsze działanie, niż gdy umiejscowimy tę elektrodę z prawej strony szyi, a tembardziej w miejscu oddalonem, np. na kończynie górnej, pośladkach lub kończynie dolnej, gdyż część siły prądu traci się na przezwyciężenie oporu tkanek; im ten jest mniejszy, tem strata bywa mniejsza. Ma to szczególne znaczenie u chorych nadwrażliwych, którzy pomimo znieczulenia dość silnie reagują i odczuwają ból, spowodowany koagulowaniem. Nieznaczne nawet przyśpieszenie czasu trwania zabiegu już ma wówczas większe znaczenie.

Również ważne znaczenie posiada siła prądu: prąd zbyt silny powoduje prędkie, ale powierzchowne ścięcie białka, wysusza powierzchnię, na którą podziałał; powstają iskry, słyszy się charakterystyczny ich trzask, wytwarza się duży opór dla prądu, a czasem nawet

zupełne przerwanie prądu, co wykazuje strzałka miliamperometra. Przy słabszym prądzie możemy go stosować dłużej i osiągnąć efekt wolniejszy, ale głębszy, nim powierzchowna warstwa nie zostanie doprowadzoną do tej suchości, która już stanowi przeszkodę w przeprowadzaniu prądu. Koagulować należy zawsze pod ścisłą kontrolą wzroku i natychmiast przerywać prąd, gdy się osiągnie dostateczne skoagulowanie, co się zaznacza zbieleniem tkanki w najbliższem sąsiedztwie brzegu elektrody, którą operujemy, co zwłaszcza występuje wyraźnie na błonach śluzowych, mniej wyraźnie na skórze. Jeżeli tkanka jest soczystą, łatwo krwawiącą, zbielenia takiego nie widzimy; nie dowodzi to jednak, że efektu nie osiągnęliśmy. Strup pomimo to się sformuje.

Oprócz elektrod czynnych suchych można stosować i wilgotne; robią się one z małej ilości waty, którą się nawija na odpowiedni przewodnik śrubowato nacięty (watotrzymacz diatermiczny) i zanurza się w rozczynie solnym. Stosowanie takich elektrod ma pewne dogodności: stykanie się elektrody z tkanką jest ściślejsze, przejście prądu ułatwione przez zmoczenie powierzchni, na którą działamy; ścinanie białka otrzymuje się słabsze, niż przy elektrodzie suchej równego przecięcia, nie ma potrzeby silnie przyciskać elektrody; działanie jej jest tylko powierzchowne. Użycie takich elektrod zwłaszcza jest wskazane, jeżeli musimy podziałać na tkanki miękkie, łatwo krwawiące, które nie dają należytego oparcia dla elektrody suchej (np. papilloma laryngis), a również gdy się działa na owrzodzenia w ścisłem sąsiedztwie z powierzchnią kostną lub chrząstkową (nos); unika się w ten sób obnażenia następczego okostnej lub ochrzęstnej i skutków takiego obnażenia.

Ból, wywołany przez stosowanie koagulacji, jest stosunkowo nieznaczny, gdy operujemy na błonach śluzowych, zresztą zależy to od wrażliwości chorego i od umiejscowienia. Na skórze ból jest większy. Stosujemy zwykle w Klinice znieczulenie miejscowe 20% kokainą z adrenaliną. Na skórze (wilk) radzą stosować znieczulenie drogą infiltracji $^{1}/_{2}\%$ novocainą (Nagelschmidt), lecz sposobu tego nie stosowaliśmy w Klinice, gdyż zmienia on obraz tkanki i czyni ją zbyt wilgotną, co utrudnia działanie koagulacji. Stosowaliśmy natomiast w tych przypadkach znieczulenie jontophorezą, czyli znieczulenie kokainą, wprowadzaną do tkanek za pomocą prądu galwanicznego, przyczem używamy do tego rozczynu, zaproponowanego przez Wirz'a (cocain. hydrochl. 0,2, suprarenini 1 : 1000 — 0,5, aq. destillat. 10,0); 10 minut wystarcza do osiągnięcia znieczulenia, przyczem następuje i anemizacja tkanki, co ułatwia późniejszą koagulację. Chociaż spo-

sób takiego znieczulania podawany jest przez niektórych autorów za doskonały (M. Mienicki — O zastosowaniu jontoforezy w dermatologji), jednak przekonaliśmy się, że i tu wrażliwość osobnicza chorego odgrywa dużą rolę. Mieliśmy przypadki, gdzie chorzy po stosowaniu takiego znieczulania w ciągu 15 minut, jeszcze odczuwali następnie ból. Stosowaliśmy to znieczulenie w nielicznych przypadkach i nie możemy wypowiedzieć się o wyższości tego sposobu nad innemi. Przy większych zabiegach można stosować i ogólne uspienie, lecz wówczas należy pamiętać, że eter lub chlorek ethylu może łatwo wybuchnąć od wytwarzającej się iskry, dla tego też inhalacyjnie można stosować tylko chloroform.

Właściwość diatermo-koagulacji ścinania tkanek pozwala uskuteczniać zabiegi zupełnie bezkrwawo, co z jednej strony oszczędza choremu zawsze szkodliwej utraty krwi, z drugiej zaś ułatwia zadanie operującemu, gdy krew nie zalewa mu pola operacyjnego. Pozatem, naczynia krwionośne i chłonne zamykają się przez koagólację i to usuwa niebezpieczeństwo wchłaniania przez przecięte naczynia mas zakaźnych i toksyn, jeżeli operujemy w polu zakażonem, drobnych cząstek nowotworowych, które przy operowaniu nożem łatwo mogą przez otwarte naczynia dostać się do krwiobiegu i przyszczepić się w miejscu oddalonem.

Ciepło, wytwarzające się przy koagulacji nie tylko niszczy tkankę, lecz również całkowicie wyjaławia ranę. Po dokonaniu zabiegu głębsze części, leżące pod ściętą tkanką, uważać można za wolne od zarazków; później, bez wątpienia tkanki te zakażają się, lecz wówczas już wytworzył się wał ochranny. Odkażanie pola operacyjnego winno być takież, jak i przy każdym innym sposobie operowania. Przy operowaniu w nosie należy przedtem osiągnąć usunięcie ropnych spraw w zatokach, w razie ich obecności; w jamie ustnej wyleczyć lub usunąć zepsute zęby, zakażone migdałki, które mogą być potem źródłem zakażania rany.

Jedno przypalanie zwykle trwa 3 — 10 sekud; w ciągu jednego seansu robimy 5 — 10 przypalań.

Odczyn ogólny zwykle bywa nieznaczny: podniesienie ciepłoty nie przekracza kilku dziesiątych, niedomaganie ogólne, ból głowy nie rzadko występują.

Odczyn miejscowy w postaci większego lub mniejszego obrzmienia otaczającej tkanki znika po paru dniach. W ciągu kilku dni wytwarza się strup, który odpada po 7 — 10 dniach na błonach śluzowych, a do 20 i więcej dniach na skórze. Po odpadnięciu stru-

pa pozostaje blizna wiotka, gładka, nie mająca skłonności do ściągania się; ta oto właściwość blizny czyni zabieg koagulacyjny nie dającym się zastąpić w przypadkach zrostów, zwłaszcza podniebienia miękkiego z tylną ścianą gardła, których usunięcie i utrzymanie później drożności innemi sposobami napotyka na duże trudności. Mały odczyn miejscowy zapalny i prędkie wytwarzanie się blizny po koagulacji czyni ten zbieg bardzo pożytecznym w razie usuwania zrostów nosowych.

Wskazania do diatermo-koagulacji są bardzo liczne: wszelkie nowotwory mniejszych rozmiarów, zarówno dobrotliwe, jak i złośliwe, zrosty w nosie i jamie nosowo - gardłowej, zwężenia gardłowego ujścia trąbki Eustachjusza wskutek przerostów tkanki okalającej, uwrzodzenia gruźlicze nosa i gardła, przerosty migdałków.

Wreszcie pozwalam sobie przytoczyć kilka krótkich historyj chorób, leczonych na naszej klinice diatermokoagulacją:

1. N. N. l. 24, żołnierz. Od $^{1}/_{2}$ roku przeszło ma guz na języku nie bolesny, nieco utrudniający ruchy języka.

Na języku mniej więcej w środku widzimy guz wielkości wiśni, barwy sinawo czerwonej, miękki na dotyk, tkanki okoliczne nie nacieczone.

Rozpoznanie: *naczyniak języka angioma.*

12/XII 25 dokonano skoagulowania guza igłą diatermiczną (prof. Szmurło) 4 nakłócia, każde trwa 2—3 sekundy, krwawienie dość znaczne.

15/XII. Znaczne obrzmienie okolicy guza. Na miejscu guza miękki strup (biały nalot). Ból przy poruszaniu językiem.

18/XII Obrzmienie i ból mniejsze.

20/XII Obrzmienie znikło, bóle ustąpiły. Na miejscu guza gładka blizna bez zapadnięcia, ani ściągnięcia.

Wypisany zdrów.

2. W. S. kobieta l. 60, zajęcie domowe.

7/XII 25. Zgłosiła się na klinikę ze skargami na owrzodzenie w okolicy lewego ucha, trwające od $3^{1}/_{2}$ lat. Przed 3 laty była już operowaną wskutek tego owrzodzenia, lecz bez wyniku.

Stwierdziliśmy rozległe uwrzodzenie, otaczające lewą małżowinę uszną z przodu, góry i dołu, dość głębokie o brzegach nierównych. Małżowina zniszczona w większej części, pozostała tylko część środkowa, zagięta w postaci płatka ku przodowi i przykrywająca przewód zewnętrzny, którego przednia część również została zniszczona.

W przedniej części przewodu widać guz miękki, wielkości orzecha laskowego.

Rozpoznanie: *Ulcus rodens regionis praeauricularis, auriculae et meatus auditorii sin.*

Badanie wyciętego kawałka dało rozpoznanie: cancroid.

11/XII Dokonano koagulacji górnej połowy owrzodzenia elektrodą zakończoną kulką wymiarów koło 3 mm., prąd o natężeniu 200 — 300 mlamp, razem 10 przypaleń.

14/XII Na miejscu przypalonem strup, z pod niego wydzielina cuchnąca. Obrzmienie tkanki otaczającej. W ciągu paru dni po zabiegu miała dość znaczne bóle miejscowe i ból głowy.

Dokonano koagulacji dolnej części owrzodzenia.

23/XII Strup odpadł. Na miejscu owrzodzenia w górnej części gładka blizna; w dolnej części strup trzyma się.

7/I Strup odpadł w dolnej części. Miejsce owrzodzenia uprzedniego w okolicy ucha zajmuje blizna gładka. W paru miejscach widać jeszcze wysepki nowotworowe, które skoagulowano, jak również i na brzegach pozostałego skrawka małżowiny.

8/IV Chora dłuższy czas nie zgłaszała się, gdyż podobno wyjeżdżała. Gładka blizna na miejscu całego owrzodzenia, pozostaje tylko naciek i owrzodzenie w głębi przewodu zewnętrznego, które skoagulowano.

30/IV Na miejscu przewodu zewnętrznego dość głęboka jama, której ściany i dno pokryte są ziarniną miękką, nie mającą cech nowotworowych, pozatem wszędzie na miejscu dawnego owrzodzenia gładka, równa blizna.

3. R. J. l. 18 robotnik — skarży się na ból przy połykaniu od kilku miesięcy.

Na tylnej ściance gardła dość rozległe owrzodzenie.

Rozpoznanie: *Tbc. pharyngis.*

12/II 26 Zastosowano koagulację: prąd o natężeniu 200 — 300 mlamp. 8 dotknięć elektradą po 3 sekundy każde.

28/II Na miejscu owrzodzenia gładka blizna. Bóle przy połykaniu ustąpiły.

4. B. A. kobieta l. 20 skarży się na za zatykanie w nosie od dłuższego czasu.

Przy badaniu stwierdzono zrost prawej dolnej muszli w części środkowej z przegrodą. Z lewej strony grzebień w dolnej części przegrody i zrost z lewą dolną muszlą. Już uprzednio stosowano kilka razy przecinanie zrostów.

Na usunięcie grzebienia nie zgadza się.

17.III. Przecięto zrosty z obu stron elektrodą nożykową.

29.III. Zrostów niema; miejsca po przypaleniu zabliźnione.

5. P. S. l. 23 mechanik. Skarży się na zatykanie z prawej strony nosa. Przed 6 miesiącami dokonano mu wycięcia prawej dolnej muszli.

Zrost nieduży prawej dolnej muszli z przegrodą.

1.IV. Zrost rozcięto nożykiem diatermicznym.

15.IV. Zrostu niema.

6. R. H., kobieta l. 30, bez pracy.

Od lat 14 owrzodzenia na nosie i guzki na twarzy. Od kilku miesięcy ból gardła podczas połykania. Leczy się od miesiąca naświetlaniami twarzy lampą kwarcową.

11.II-26. Wejście do nosa bliznowato zwężone. Nieduży ubytek prawego skrzydła nosa. Na nosie i policzkach w pobliżu nosa liczne guzki. Owrzodzenia podniebienia miękkiego, łuków tylnych i przestrzeni międzyłukowej. Owrzodzenie na śluzówce kąta wargi z lewej strony. Rozpoznanie: *lupus faciei, pharyngis et oris*.

Po miejscowem znieczuleniu 20% kokainą z adrenaliną przypalono diatermją owrzodzenia kąta warg i prawego łuku, razem 9 dotknięć, po 2—3 sekundy każde, prąd 250 mlamp.

17.II. Na miejscu przypalenia białe naloty.

29.II. Zamiast przypalonych owrzodzeń gładkie nieznaczne blizny. Skoagulowano w podobnyż sposób owrzodzenie lewego łuku i przestrzeni międzyłukowej.

18.III. Owrzodzeń w jamie ustnej niema, zamiast nich gładkie niewidoczne blizny. Wszelkie bóle przy połykaniu ustąpiły.

Chora, która uprzednio wzbraniała się zastosować koagulację na twarzy (bała się, że to ją zeszpeci), widząc efekt tego zabiegu w gardle, a nieskutecznośc naświetlań lampą kwarcową na twarzy, prosiła, aby takież leczenie przypalaniem stosować na twarzy.

W kilku przypadkach wyłuszczenia guzów nowotworowych szczęki górnej (prof. Szmurło) stosowano diatermokoagulację czy to zaraz po wyłuszczeniu, aby zniszczyć możliwe resztki tkanki nowotworowej, bądź to dla uiszczenia nawrotów, lecz w tych przypadkach nie osiągnięto tak zadawalniającego wyniku tembardziej, że mały aparat diatermiczny, którym Klinika rozporządza, nie może dać tej siły natężenia prądu (przynajmniej 1 amp.), które jest niezbędne w tych przypadkach.

L i t e r a t u r a.

1. Batawja. Polska Gazeta Lekarska 1924. 2. Bourgeois, Portmann, Poyet, Deuillet de la Mothe. La diathermie en Oto — rhino — laryngologie (Annales de maladies de l'oreille, du larynt etc. 1925). 3. Bordier - Emploi du diélectrique souple pour la diathermo coagulation (tamże). 4. Bourgeois et Poyet. La diathermie chirurgicale dans le traitement de certaines affections non cancéreuses des vois aériennes supérieures (Acta oto—laryngologica 1925). 8. Douglas Harmer. The treatment of Malignant tumours of upper air — passages by diathermy. 9. Hirsch Caesar - Ueber die Anwendung der chirurgischen Diathermie bei schwer operablen Tumoren in Gebiet des Ohres und der oberen Luft—u. speisewege. 6. Cumberbath — The treatment of malignant Tumors by Diathermy. 7. Dan Mc - Kengie - The uses of surgigal diathermy in Oto — Laryngology. 5. Berven Elis—Die Behandlung des Bukkal—Karzinomes. 12. Nagelschmidt Franç —Chirurgische Diathermie in Bereich des Kopfes und Halses. 10) Holmgren - Erfahrungen über chirurgische Behandlung von malignen [Oberkiefertumoren. 14) Portmann et Moreau—La diathermie et ses Applications oto—rhino—laryngologiques. 13. Novak Frank — Electro — Coagulation of Malignant laryngeal tumors under suspension laryngoscopy. 11. Milligan—Diathermy. 15. Spiess prof. Diathermie und Electrocoagulation bei Erkrarankungen der oberen Luftwege. 16. Tonriginui prof. Les indications de la Diathermie chirurgicale en Rhinolaryngologie (Acta oto--laryngologica 1925).

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. Kierownik Prof. Dr. J. Szmurło.

Dr. med. TADEUSZ WĄSOWSKI
st. asyst. kliniki.

Przyczynek do sprawy pochodzenia torbieli zębowych.

W maju r. 1924 na oddziale uszno-gardlanym szpitala wojskowego w Wilnie (kier. pułk. dr. Świeżyński, konsultant profesor J. Szmurło) obserwowaliśmy przypadek torbieli zębowej szczęki górnej. Przypadek ten, pomimo istnienia dość bogatej w tej dziedzinie literatury, należy zaliczyć do zasługujących na uwagę, a to ze względu na pewne cechy, wyróżniające go z pośród wielu przypadków obserwowanych przez innych autorów.

Zanim jednak przejdę do jego opisu, pozwolę sobie streścić nasze dotychczasowe wiadomości w omawianej sprawie.

Z nowotworów kości szczękowych, zawdzięczających swe pochodzenie zębom, najczęściej spotykane są nowotwory nabłonkowe o charakterze torbieli. Cechą charakterystyczną ich jest prócz płynnej zawartości obecność w zwykle cienkiej ścianie warstwy nabłonkowej,

co je wyróżnia od torbieli rzekomych. Torbiele te według klasyfikacji francuskich autorów dzielą się na zębonośne, jednokomorowe oraz wielokomorowe (*adamantinome kystique Lenormanta*).

Torbiele zębonośne (kystes dentifers autorów francuskich) spostrzegane są najczęściej na żuchwie w wieku od 6 do 30 lat, t. j. w okresie zmiany zębów, lub wyrzynania się zębów mądrości. Torbiele te są przeważnie pojedyńcze. *Rendu i Dunet* spostrzegali w jednym przypadku u sześcioletniego chłopca dwie torbiele paradentalne żuchwy. Typowym dla tego rodzaju torbieli jest brak odpowiedniego zęba w zębodole; natomiast w worku torbieli często znaleźć można zdrowy ząb, koroną zwrócony do światła torbieli, a niekiedy większą ich liczbę.

Torbiele jednokomorowe, przeważnie o małych komorach (*k. radiculo-dentaire de Malassez,* k. *alveolo - nentaire de Forget, k. appendiculaire d'Albarran, Wurzelcysten* niemieckich autorów) powstają najczęściej między 20 — 30 rokiem życia, częściej w szczęce górnej (wdł. *Partsch'a* w 96%).

Przyczyną tworzenia się ich bywa zawsze próchniejący ząb, najczęściej siekacz lub kieł; z tego powodu częste są zropienia tych torbieli. *Witzel* z 53 przypadków torbieli w 40 znalazł ropę.

Torbiele wielokomorowe spotykamy zwykle między 20—35 rokiem życia, najczęściej w żuchwie. Składają się one z kilku, a nawet kilkunastu komór, połączonych ze sobą. *Santy i Dunet* opisali przypadek torbieli u osobnika 52 letniego, zawierającej dużo małych cyst wtórnych. Zawartość torbieli wielokomorowej zwykle jest płynną. W zębodole, nad torbielą często jeden lub kilka zębów są w stanie niezupełnego rozwoju.

Przechodząc do patogenezy torbieli kości szczękowych, muszę zaznaczyć, że dotychczas, sądząc z dość bogatej literatury, sprawa ta nie została dostatecznie wyświetloną. *Broca, Guyon, Magitot* uważali pierwotnie torbiele zębonośne oraz wielką torbiel jednokomorową za wynik zwyrodnienia torbielowatego emalji zębowej; powstanie torbieli jednokomarowej małej (k. radikulo-dentaire) tłumaczy *Magitot* skutkami przewlekłego zapalenia okostny zębodołu (*periost. chr. alveolo-dentaire*) *Gosselin* zaś—wskutek osteitis serosa specifica.

Delater i Bercher mówią, iż młody ząb, ukryty jeszcze pod swą koroną i otoczony workiem brodawkowym (*folliculaire*), jest w łączności z elementami nabłonkowemi więzadła zębodołowo-zębowego (*gubernaculum*). Sklepienie nabłonkowe, pokrywające ząb, nie przylega do niego. Jest zrozumiałe, że torbiel tworzy się w tej przest-

rzeni, w tym wypadku nabłonek pokrywający torbiel jest cylindrycznym, jak również i ten, który w sklepieniu jest w łączności z koroną. W elementach nabłonkowych, które tworzą worek brodawkowy, powstaje rozrost i wakuolizacja komórek, i one tworzą worek torbieli; w tym wypadku torbiel jest wysłana nabłonkiem takim, jaki pokrywa worek brodawkowy.

Policard uważa, że w więzadle zębodołowo-zębowem mogą pozostać resztki nabłonkowe z różnych zawiązków, które bywają przyczyną nowotworów.

Co do torbieli wielokomorowych, to przyczyną ich powstania upatrują *Mikulicz*, *Busch* w pozostałościach zarodkowych ectodermy, *Eve, Heath, Barker* — w bujaniu nabłonka. Uraz, uszkodzenia zębów mogą być przyczyną takiego bujania, lecz sprawa ta nie została przesądzoną ostatecznie.

Perthes uważa za nierostrzygnięte pytanie, czy torbiele wielokomorowe pochodzenie swe zawdzięczają zwyrodnieniu całego układu zęba, czy też bujaniu zbytecznych (dodatkowych) pączków szkliwa.

Malassez widzi przyczynę ich powstawania w bujaniu szczątków nabłonka przyzębowego, w dostaniu się zarazków do kanału zębowego; uważa on, że wszystkie wspomniane torbiele mają wspólne pochodzenie, gdyż budowa histologiczna ich jest podobna, również mogą one w wypadkach nawrotu przybierać postać inną, naprzykład, torbiel jednokomorowa może recydywować pod formą wielokomorowej.

Przypadek torbieli zębowej obserwowany na naszej klinice dotyczył chorego żołnierza 22 lat liczącego. Z anamnezy wyjaśniono, że przed dwoma laty po przebytej influenzy zaczął on odczuwać świdrujące bóle w okolicy prawego policzka, które po pewnym czasie ustąpiły. W styczniu 1924 r. chory zauważył, że zczerniał mu prawy górny kieł i w krótkim czasie wypadł. Jednocześnie zjawiły się znów lekkie bóle i powoli zwiększające się obrzmienie prawego policzka i dziąsła w okolicy brakującego kła. W początku maja obrzmienie dziąsła zwiększyło się jeszcze bardziej, przeszkadzając choremu w jedzeniu i sprawiając ból. Chory zwrócił się wtedy do oddziału dentystycznego, gdzie mu nacięto to obrzmienie ze strony jamy ustnej, przyczem wydzieliło się trochę płynu żółtego, klarownego. Po tym zabiegu obrzmienie zmniejszyło się nieco, lecz całkiem nie ustąpiło. Bóle trwały w dalszym ciągu. 12. V. 24 chory przybył do kliniki.

Chory nie kaszle; z chorób wieku dziecięcego nie przypomina sobie żadnej, chorób wenerycznych nie przechodził. Przypomina sobie, że, gdy miał 8 lat, kopnął go koń, wybijając mu kilka górnych zębów;

które jednak odrosły. Ojciec chorego zmarł na gruźlicę płuc, matka i rodzeństwo zdrowe.

Stan obecny: chory wzrostu niżej - średniego, budowy prawidłowej, odżywiania miernego. Skóra, śluzówki, mięśnie bez zmian szczególnych. Gruczoły nie powiększone; t^0—N; tętno 72. Płuca, serce, narządy jamy brzusznej — bez zmian.

Przy oglądaniu stwierdza się wyraźną asymetrję twarzy: obrzmienie prawego policzka sięga ku górze prawie do oczodołu, ku wewnątrz do nosa i przechodzi nań, ku dołowi dochodzi do kąta ust. Skóra w tem miejscu normalna, daje się ująć w fałdę. Na dotyk wypuklenie to jest twarde, nieruchome, wielkości jaja, o powierzchni gładkiej, niezbyt bolesne; podnosząc górną wargę, stwierdzamy najpierw brak prawego górnego kła, dalej widzimy, że wspomniane obrzmienie sięga podstawy górnych zębów, od siekacza do pierwszego trzonowego, kończąc się stożkowato w okolicy brakującego kła. Przy badaniu dotykiem wyczuwa się nieznaczne chełbotanie oraz charakterystyczny trzask jakby uciskanego pergaminu. Przy badaniu nosa widzimy wyraźne wypuklenie zewnętrznej ściany prawego dolnego przewodu nosowego. Diaphanoskopja wykazuje nieznaczne zaciemnienie prawej jamy szczękowej; światło lampki umieszczonej w ustach chory widzi lewem okiem lepiej; zatoki czołowe bez zmian. Nakłucie guza dało żółty, ciągnący się płyn. Badanie bakterjologiczne wykazało jałowość płynu. Rozpoznano torbiel zębową prawej górnej szczęki i 21. V w znieczuleniu miejscowem prof. Szmurło usunął torbiel, która wypełniała prawie całkowicie jamę szczękową, była wyraźnie ograniczona i nie przerastała do otaczającej tkanki. Wyłuszczona całkowicie była wielkości dużej śliwki o grubej ścianie dolnej przylegającej do wyrostka zębodołowego i cienkich ścianach, przylegających do ścian zatoki szczękowej, zawierała płyn gęsty, barwy czerwonej, i zdrowy, dobrze rozwinięty kieł, zwrócony koroną do światła torbieli. Przebieg pooperacyjny był zupełnie normalny. Chory w ciągu dwuch tygodni wrócił do zdrowia i został wypisany do pułku.

Badanie histologiczne torbieli wykazało: podścielisko nowotworu składa się z bogatej tkanki łącznej o blisko położonych włóknach, często oddzielonych wolnemi przestrzeniami, w ktorych znajdujemy miejscami drobnoziarnisty osad. Kształt licznych komórek przeważnie wrzecionowaty (fibroblasty). Naczynia dość liczne z wyraźnie barwiącym się śródbłonkiem są przepełnione krwią; oprócz tego w wielu miejscach znajdujemy czerwone ciałka krwi poza naczyniami. Naokoło

większości naczyń widać drobnokomórkowe nacieczenie, limfocyty, neutrofile, komórki plazmatyczne.

Pośród tej tkanki spotykamy ogniska mniejsze, lub większe, otoczone tkanką łączną, złożone z tkanki nabłonkowej, w których układ komórek w zupełności przypomina budowę tkanki emalji zębowej, (rys. 1) *). Komórki zewnętrzniej położone, tworzące kilka rzędów, posiadają niewielką ilość zarodzi, jądra przeważnie owalne, ułożone przyśrodkowo, układają się koncentrycznie od obwodu ku środkowi. W niektórych miejscach pojedyncze ogniska jakgdyby zlewają się ze sobą, tworząc szereg systemów koncentrycznych, przylegających do siebie. Bardziej ku środkowi granice komórek stają się wyraźniejsze, komórki przybierają kształt gwiaździsty, są jakby połączone ze sobą wypustkami. Jądro leży zwykle na obwodzie. W środku wreszcie ogniska spotykamy często zanik granic pojedyńczych komórek, zarówno zarodzi jak i jądra; pozostaje tylko ślad w postaci otoczki, niewielka ilość zarodzi świadczy o istnieniu tam komórki, (rys. 2). W niektórych miejscach tych ognisk widzimy układ komórek jak w gruczole—owalnie lub okrągło ułożone komórki nabłonkowe, w środku zaś pomiędzy niemi jakby światło przewodu. W niektórych miejscach spotyka się jakgdyby podłużnie przecięte gruczoły, ściana z kilku warstw nabłonka, w środku ze złuszczonemi komórkami; z tych niektóre straciły swój kształt, w innych widać przemiany wsteczne w zarodzi a nawet w jądrach.

W ogniskach nabłonkowych miejscami znajdujemy dość duże bryłki o jednolitej budowie, błyszczące niebarwiące się — są to złogi soli najprawdopodobniej wapnia; prócz tego drobne ogniska zwapnienia tkanki, barwiące się mocno na fioletowo. W niektórych skrawkach wziętych z rozmaitych miejsc układ komórek przypomina nowotwór złośliwy nabłonkowy—zjawisko, o którem wspomina również Kaufmann w swoim podręczniku.

Na podstawie badania histologicznego: rozpoznano *adamantinoma.* Budową swą podany przez nas nowotwór przypomina opisany w r. 1923 przez Esch'a. W naszym przypadku również komórki otaczające grupy komórek gwiaździstych nie posiadają warstw komórek wysokich. Barwienie metodą Van-Gieson'a również nie wykazało w nich zabarwienia na bronzowo lub żółto, coby, zdaje się,

---

*) (Mikrofotografje wykonane uprzejmie przez kol. Bagińskiego w Zakładzie Histologji U. S. B.).

nie potwierdzało zdania Krompecher'a o specjalnym charakterze tych komórek, które nazywa on komórkami „lipoidalnemi“.

Przechodząc do omówienia tego przypadku, musimy tu podkreślić cechy, wyróżniające go z pośród innych notowanych w piśmiennictwie i pozwalające na zaliczenie go do nader rzadkich.

Znaleziony wewnątrz torbieli zdrowy ząb pozwalałby zaliczyć ją do grupy torbieli zębonośnych (k. dentifiers) o jednej dużej komorze, budowa zaś histologiczna o dpowiada adamantinomatowi. Widzimy więc tu połączenie cech wszystkich trzech grup nowotworów, zawdzięczających pochodzenie swe tkance zębowej, a zarazem potwierdzenie teorji Malassez'a o wspólnem pochodzeniu wspomnianych torbieli i nowotworów znanych pod nazwą *adamantinoma*.

Badanie histologiczne ściany torbieli zębowej wykazuje zazwyczaj obecność warstwy zewnętrznej łącznotkankowej o typie zarodkowym, obficie unaczynionej, i warstwy wewnętrznej, składającej się z nabłonka brukowego wielowarstwowego, z miejscami, złożonemi z komórek gwiaździstych o typie komórek szkliwa. W głębi tkanki łącznej napotkać można grupy komórek nabłonkowych brukowych, walcowatych lub szkliwnych.

W naszym przypadku dolna ściana torbieli była grubą, bogato unaczynioną, z ogniskami zapalnego nacieczenia drobnokomórkowego, co świadczyłoby o stanie zapalnym, być może, w związku z dokonanem na kilka dni przed operacją przekłuciem. Komórki zewnętrznej warstwy ognisk nabłonkowych nie nosiły cech komórek wysokich ani brukowych, raczej płaskich, w środku zaś ognisk widzieliśmy zanik poszczególnych komórek. Podkreślić również należy tak obecność pojedyńczych ognisk zwapnienia tkanki, jak i złogów soli, spostrzeganych w różnych miejscach preparatu. Nie pozbawionem także znaczenia, naszem zdaniem, jest łudzące podobieństwo niektórych miejsc z ich układu do nowotworu nabłonkowego złośliwego. Ten objaw tembardziej nabiera wartości ze względu na to, że przebieg cierpienia w naszym przypadku był przewlekły i, można sądzić, bez powikłań, bez przeistoczenia się torbieli w nowotwór złośliwy, bez nawrotów.

O możliwości przejścia torbieli w twór złośliwy wspominają Verneuil i Moure; jednak są to przypadki rzadkie, ogólnie zaś torbiele zębowe uważane są za dobrotliwe, dające się operacyjnie doszczętnie usunąć.

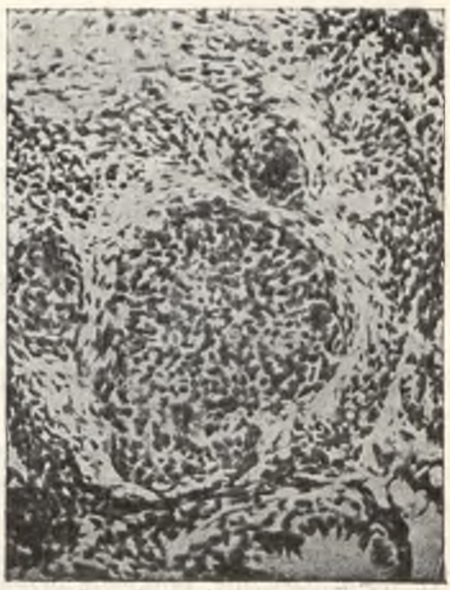
Co do objawów, pozwalających na zaliczenie naszego przypadku do nie często spotykanych, należy umiejscowienie torbieli w szczęce górnej. Zwykle torbiele takie umiejscowiają się w żuchwie *(Becker)*.

Inne objawy, mające ważne znaczenie rozpoznawcze, były u naszego chorego wyraźnie zaznaczone. Wiek jego odpowiada okresowi najczęstszego rozwijania się torbieli zębowych; brak górnego prawego kła w wyrostku zębodołowym i znalezienie go w jamie torbieli w stanie zupełnego rozwoju—ten objaw tak ważny istniał w naszym przypadku. Spostrzegaliśmy „trzask pergaminu" przy ucisku ściany torbieli, badanie nosa wykazało wypuklenie zewnętrznej ściany dolnego przewodu nosowego po stronie chorej—objaw spotykany przez Oppikofer'a. Istniejące u naszego chorego bóle w okolicy chorej szczęki również należy uzależnić od danej sprawy chorobowej. Dreyfus wspomina o możliwości zjawienia się upartych bólów nerwu podoczodołowego w przebiegu rozwijania się torbieli zębowych szczęki górnej.

Przechodząc wreszcie do patogenezy w danym przypadku, uważam, iż nie pozbawionemi są tu znaczenia dwa czynniki, poprzedzające rozwinięcie się torbeli, a mianowicie: uszkodzenie zębów, jakiego chory doznał mając lat 8, i influenza, po której zjawiły się bóle w okolicy prawego policzka. Wiemy, iż torbiele mogą się rozwijać lata całe skrycie, zanim zaczną choremu sprawiać pewne dolegliwości. Influenza mogła w danym przypadku, spowodować przyśpieszenie rozrostu torbieli a przez to sprawić choremu bóle. Przypuszczenie to nabiera cech prawdopodobieństwa ze względu na obecność w warstwie łącznotkankowej ściany torbieli licznych ognisk nacieczenia zapalnego.



Rys. 1.



Rys. 2.

PIŚMIENNICTWO:

1. Lenormant. Précis de pathologie chirurgicale (tom II). 2) Grünwald. Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. 3. Perthes. Chirurgie der Kiefer (Handb. der Prakt. chir. Bd. I). 4. A. Rendu et Ch. Dunet. Kystes dentifèrs symétriques du maxillaire inférieur (Lyon chir. tome XX. 1923). 5. Santy et Dunet. Kyste adamantin uniloculaire de la branche montante du maxillaire inferieur avec formations microkystiques intrapariétales (Lyon chir. tome XX. 1923). 6. Delater et Bercher. Documents anatomo-pathologiques à propos de deux cas de kystes dentifères (La Revúe de Stomatologie an. XXIV. n.⁰ 11. 1922. 7. Kümmel. Chir. der Nase u. ihrer Nebenhöhlen (Hand. d. Pr. chir.). 8. A. Policard. Précis d'histologie physiologique. 1922. 9. A. Schlosser. Un cas d'adamantinome Sherusonen (Arch. f. klin. chir. 1923. vol. CXXIV). 10. Henri Aloin. Kystes paradentaires á développement endonasal (Lyon chir. XX. 1923). 11. A. Esch. Ueber ein zweites Adamantinom des Oberkiefers mit seltenen histologischen Besonderheiten. (Ztsch. f. Hals, Nas, Ohr. 1923. Bd. 7. H. 1). 12. Kaufmann. Lehrbuch der speziel. Pathol. Anat. 1922. 13. R. Virchov. Arch. f. pat. Anat. und Physiol. Bd. 142. 1895. 14. Aschoff. Pathol. Anat. 1909. Bd. I.

STRESZCZENIA.

Ucho.

RENÉ GAILLARD ET C. PITRE. L'Oto-Rhino-Laryngologie Internationale (Septembre 1924).

Porażenie nerwu oko-ruchowego i ropne zapalenie ucha środkowego.

Porażenie nerwu oko-ruchowego w przebiegu ropnego zapalenia ucha środkowego jest zjawiskiem niezmiernie rzadkiem w porównaniu z liczbą porażeń nerwu odwodzącego. Nie wchodzą tu w rachubę, bynajmniej, porażenia, występujące w zespole innych objawów, towarzyszących zapaleniu opon, zakrzepowi w zatoce jamistej i ropniom mózgu, wikłających zapalenie ucha środkowego. Postać omawiana występuje w przebiegu ostrego lub obostrzonego ropnego zapalenia ucha środkowego bez wszelkiego związku ze sprawą czaszkową — jawną czy ukrytą. Porażenie to pod względem nasilenia może być całkowite lub częściowe, występować może po stronie chorego ucha lub przeciwnej. Patogeneza tego objawu stanowi problemat bardzo zawiły. W przypadku omawianym chodzi o dziecko lat 9, nie obarczone dziedzicznie, dotknięte przewlekłą postacią ropnego zapalenia

ucha środkowego; dziecko to przy każdem nasileniu cierpienia usznego ma dotkliwe bóle w okolicy skroniowo-czołowej w czasie których obok wymiotów, opadnięcia powiek, obrzęku i puchnienia spojówek — występuje okresowe porażenie nerwu okoruchowego po stronie chorego ucha. Objawów oponowych nie stwierdzono. Związek porażenia z obostrzeniem zapalenia ucha jest niewątpliwy.

Trafne wyjaśnienie Gradenigo co do drogi rozwoju porażenia nerwu odwodzącego nie może nam wyjaśnić przyczyny powstanie porażenia n. okoruchowego, gdyż nerw ten w przebiegu swym niema zetknięcia z kością i przeto możliwość przejścia bezpośrednio zapalenia jest wyłączona. Również odpada hypoteza Tersena o możliwości przejścia infekcji na sin. pericarotid. w przypadkach porażenia n. odwodzącego — nie może być rozciągnięta na nerw okoruchowy, który niema żadnej styczności z tętnicą szyjną wewnętrzną w obrębie zatoki jamistej.

Nasuwałaby się myśl, wypowiedziana przez Urbantschitsz'a, o porażeniu, powstałem na tle zaburzeń odruchowych. Punktem wyjścia odruchu byłoby ucho wewnętrzne; bodziec byłby przeprowadzony szlakiem nerwu przedsionkowego na jądro Deiters'a; dalej byłby przerzucony na ośrodki oko-ruchowe dzięki włóknom kojarzącym. Niestety, tłomaczenie to, aczkolwiek tak ponętne i wygodne nie może być dyskutowane. Nigdy i nigdzie bodziec nie jest w stanie zahamować odruchu pnia nerwowego. Porażeń, powstałych drogą odruchu, wogóle być nie może.

Przymiot, zarówno jak możliwość zajęcia zatoki klinowej lub sitowia, zostały wyłączone drogą odnośnych badań. Bardzo prawdopodobną wydaje się hypoteza schorzenia oponowego, umiejscowionego wzdłuż pnia nerwowego, natury infekcyjnej, o bardzo małej sile żywotnej i skłonnej do wywierania wzmożonego ciśnienia. Czynnik ten jest bardzo znamiennym w powstawaniu porażeń przemijających nerwów na podstawie czaszki. Niestety, wysokość ciśnienia płynu nie była ściśle określoną. Brak zmian cytologicznych a zasadniczo efekt leczniczy przekłucia lędźwiowego bezwzględnie przemawia za możliwością porażenia, wynikłego na tle wzmożonego ciśnienia. Jednakże, dlaczego rozciągłość procesu infekcyjnego ograniczyła się do zajęcia jedynie nerwu okoruchowego, pomijając inne bardziej wrażliwe (naprz. n. odwodzący) jest niemożliwością ustalić.

Obraz chorobowy, obserwowany u dziecka, zdaniem autorów, ma największe jednak podobieństwo do zespołu objawów, spostrzeganych w migrenie ocznej. Cechują ją: bóle jednostronne o charak-

terze stałym z nasileniami, mdłości, wymioty, światłowstręt i porażenie n. okoruchowego. W obserwowanym przypadku były wszystkie te objawy, świadczące o zajęciu nerwu i oczodołu.

Zdaniem autorów najwięcej szans wytłumaczenia ma pogląd, iż zachodzi tu przypadek migreny ocznej, wywołanej zakażeniem nieujawnionem opon — pochodzenia usznego. *W. Gumiński.*

VIGO SCHMIDT: Leczenie ropień ucha środkowego jonami cynku. (Acta otolaryngol. 1924).

Sposób stosowania jonów cynku jest następujący: W leżącej pozycji chorego wlewa mu się do chorego ucha ciepły roztwór siarczanu cynku (Zn S 04—05, glycerini 5,0, aq destillat 95,0), do roztworu tego dodaje się przed samem użyciem równą częś wody przekroplonej. Następnie wprowadza się do ucha cynkową elektrodę, owiniętą gęstą gazą lub płótnem z końcem obnażonym, który ma dosięgnąć błony bębenkowej. Elektroda łączy się z biegunem dodatnim i płaska cynowa elektroda owinięta gazą, zmoczoną w słonej wodzie umieszcza się na skórze i łączy się z biegunem dodatnim: płaska cynowa elektroda, owinięta gazą zmoczoną w słonej wodzie, umieszcza się na skórze i łączy się z biegunem ujemnym i wstawioną specjalną opornicą wodną Leduc'a, pozwalającą na stopniowanie prądu; w przeciwnym razie występują silne bóle. Natężenie prądu do 3 miliamper, seans trwa nie dłużej niż 10—15 min. poczem siłę prądu stopniowo się zmniejsza. Prądu dostarcza nie Pantostat a baterja; łóżko lub stół, na którym leży chory, należy izolować.

Seans powtarza się 2—3 razy tygodniowo. Przeciętne trwanie ostrego zapalenia neba środkowego wzięte z dużego materjału kliniki usznej 29 dni, wówczas gdy przeciętna długość leczenia przypadków leczonych jonizacją trwała 12 dni.

Trzecia część tych przypadków była wyleczona po 1—2 seansach. Na podstawie swego materjału autor przychodzi do następujących wniosków.

1) Leczenie jonami cynkowemi znacznie skróca przebieg ostrych zapaleń.

2) Dało ono w przypadkach podostrych 7 wyleczeń na 10 takich które były uważane za wskazane do operacji.

3) Z 5 chorych z przewlekłem ropnem zapaleniem ucha środkowego leczenie jonami cynkowemi dało wynik następujący: w 21 przypadkach suchy otwór lub bliznę, w 20 polepszenie było tak znaczne, że wskazania do zabiegu odpadły.

4) W połowie przypadków po zabiegu doszczętnym, osiągnięto rychłą epidermizację.

5) W jednym przypadku osiągnięto wyleczenie uporczywego ropienia trąbki, zastosowując ujemną elektrodę w jamie nosowo-gardłowej.

6) Powikłania ze strony wyrostka sutkowego błędnika i t. p. jako wymagające leczenia operacyjnego nie nadają się do leczenia jonami. *Rozwadowski.*

Dr. HANS BERGER: Nietypowe ostre zapalenie wyrostka sutkowego. Acta Oto—laryngologica vol. VII fas. II.

Autor przytacza 18 historyj chorób operowanych wyrostków sutkowych w Szpitalu Dresden - Friedriechstadt, gdzie objawy ze strony ucha środkowego były b. nieznaczne, natomiast na pierwszy plan występowały objawy ze strony wyrostka sutkowego, tak, iż można mówić o pierwotnem zapaleniu wyrostka sutkowego. W tym że okresie czasu ($2^1/_2$ lata) operowano tamże 101 zwykłych zapaleń wyrostka sutkowego, jako powikłania ostrego zapalenia ucha środkowego. A. porównuje obie te grupy: Błona bębenkowa w 1-szej grupie przypadków nie była przedziurawiona ani razu, w wielu przypadkach tylko zgrubiałą i bez połysku, a w 2-ch zupełnie normalną. Wypuklenia bł. bęb. nie było w żadnym przypadku. Obrzmienie i zaczerwienienie przewodu zewnętrznego było obserwowane równie często w jednej i drugiej grupie. Ból w uchu, który w przypadkach typowych był pierwszym objawem, w wypadkach nietypowych nie był zupełnie notowany, również nie było objawów zajęcia lub podrażnienia błędnika, wówczas gdy w przypadkach zwykłych zawroty były w 11%, a wymioty w 8%. Wyrostek sutkowy w 100% przypadków nietypowych był obrzmiały i wrażliwy na ucisk, w przypadkach normalnych w 23% zajęcie wyrostka nie dawało żadnych objawów. Znaczne obniżenie słuchu (szept O lub a. c.) w normalnych przypadkach było w 40%, nie notowano ani razu w przypadkach nietypowych, gdzie najniższą granicę słuchu dla szeptu notowano 0,2 mtr. Zmiany stwierdzone przy zabiegu przedstawiały duże różnice: ropień części miękkich w 38,8% przypadk. atypowych i w 9% — w typowych, przebicie kości w 72,2% w 1 grupie wobec 30% w drugiej. Zejść śmiertelnych nie notowano w 1 gr. a 3 w 2 gr. Bakterjologiczne badania nie wykazały jakichś specjalnych cech. Czas gojenia w obu grupach jednakowy.

Wyjaśnienie różnicy objawów w obu tych postaciach zdaje się leżeć w fakcie, że aditus ad antrum i samo antrum w wypadkach

atypowych wypełnione bywa dużą ilością ziarniny. Zakażenie odbywa się przez trąbkę Eustachjusza. Zamiast podziałać na śluzówkę jamy i błony bębenkowej, a stamtąd przejść przez antrum na wyrostek zakażenie pomija jamę bębenkową i działa wprost na wyrostek, obfita ziarnina wypełnia antrum i izoluje wyrostek od jamy bębenkowej. Należałoby tu przypuszczać istnienie specjalnego gatunku łańcużkowca, na który jama i bł. bębenkowa mają pewną odporność, lecz bakterjologiczne badania w tym kierunku nie były, zdaje się, robione. *Rozwadowski.*

BECK: W kwestji częściowej radykalnej operacji ucha. Fol. otolar. B. 13 H. 4/5 za 1925 r.

Autor zaleca podczas radykalnej operacji możliwie konserwatywny stosunek do kosteczek słuchowych; zachowanie ich chroni odropienia, od urazów okolicy okienka; nawet w wypadkach, gdzie kosteczki umieszczone są jakby w tkance granulacyjnej, nie uważa tego za wskazanie bezwzględnie do usuwania kosteczek. Przytacza korzystną dla tej metodyki statystykę.

SWAN: (4 przypadki zapalenia wyr. sutkowego, w których zwlekało się z zabiegiem operacyjnym). Annals of OR. Laryng 1925 Nr. 3.

A. zwalcza pogląd niektórych otologów, że z zabiegiem należy wyczekiwać, nim nie będzie się miało wyraźnych wskazań, przyczem termin podawany bywa różny: 10 dni, 2 tyg., 3 tyg. nieobecności objawów powikłań. Każdy wie, że często, gdy te wystąpią, zapóźno już bywa ratować życie chorego. Każdy przypadek przebiega inaczej, trudno więc posługiwać się jakiemiś formułami. Nie tylko bywają różnice co do zjadliwości różnych zarazków, lecz i ten sam zarazek różni się swą zjadliwością w różnych latach. W jednym roku przebieg zapaleń wyrostka sutkowego bywa łagodny i w większości przypadków można wówczas wyczekiwać tak długo, jak jest niezbędne dla rozwinięcia się odporności organizmu i w ten sposób zmniejszenia niebezpieczeństwa przeniesienia się infekcji; w drugim roku przebieg zakażenia jest b. złośliwy, powikłania są częste, występują prędko i są ciężkie, i wówczas wyczekiwanie podawanego terminu dla zabiegu może być tylko szkodliwem dla chorego. A. chętnie operowałby po upływie 3 tygodni, kiedy racjonalnie można byłoby być pewnym, że odwapnienie kości już się dokonało, że ognisko zakaźne zostało wyodrębnione i być może rozwinęła się dostateczna odporność na zakażenie. Możnaby było wówczas być pewnym rych-

łego gojenia się, podczas gdy przy wczesnym zabiegu, zanim odwapnienie jeszcze nie nastąpiło, zawsze należy obawiać się przeciągnięcia się gojenia, tem zaś się naraża chorego na mniejsze zło, niż jeżeli się doczekamy groźnych powikłań.

A. przytacza 4 przypadki z własnej praktyki, gdzie zabieg był opóźniony niezależnie od autora; wystąpiły powikłania, których wynikiem było zejście śmiertelne w kilka tygodni po dokonanym zabiegu w 3 przypadkach, w jednym zaś wyzdrowienie po b. długiej rekonwalescencji. A. wskazuje na podstępną zjadliwość streptococci capsulati mucosi. Zaleca bardzo przelewanie krwi w przypadkach, gdy zakażenie przemaga odporność chorego. Przelewania dokonuje sposobem Lespinasse'a, używając krwi niecytrynowanej. Kończy swój artykuł zapytaniem skierowanem do zwolenników wyczekiwania, czy dużo widzieli przypadków, w których nastąpił zgon wskutek wcześnie dokonanego, czasem może zbytecznego zabiegu, i jest przekonany, że żadnego takiego przypadku nie podadzą, a ileż mamy wypadków śmierci z powodu niedokonania we właściwym czasie zabiegu?

Rozwadowski.

LEWIS FICHER: Znaczenie badania przedsionka w zaburzeniach wewnętrznoczaszkowych. (Laryngoscope N 9 1925).

Na podstawie zbadania 103 historji chorób zaburzeń wewnątrzczaszkowych, których rozpoznanie było sprawdzone bądź to przez zabieg chirurgiczny bądź to przez sekcję autor wskazuje na doniosłość dla należytego rozpoznawania badania przedsionka.

Jako otolog głównie interesował się guzami kąta móżdżkowo mostowego, w których pierwsze objawy są często ze strony ucha i do otologa najprzód podobne wypadki trafiają. Kompleks objawów całkowitego zniszczenia ucha wewnętrznego z jednej strony z nieczynnym kanałem półkolistym pionowym po stronie przeciwnej schorzeniu i normalną czynnością kanału poziomego z chorej strony jest patognomoniczne. W schorzeniach kątowych dane, otrzymane przy badaniu ucha są więcej rzeczowe, niż dane otrzymane drogą jakiego bądź innego badania i otolog musi podtrzymywać swój punkt widzenia, nawet gdyby to było sprzeczne z wynikiem badania neurologa.

W większości przypadków neurologiczne badanie wykazywało rzeczywistą naturę cierpienia. Jest interesującem jednak, że badania neuro-otologiczne, przeprowadzane przez otologów, nie obeznanych z neurologją mogły jednak doprowadzić do wykrycia ogniska chorobowego, a w pewnej liczbie przypadków tylko otologiczne badanie

stanowiło o rozpoznaniu choroby. Zawroty głowy i objaw omijania, o ile występują, są pomocniczemi wskazaniami zaburzeń w jamie tylnej. Uszkodzenie móżdżku przeważnie wywołuje zmienione zawroty i objaw omijania. Obecność prawidłowych zawrotów i normalna próba wskaziciela wskazują na nieuszkodzony móżdżek. Inną cechą uszkodzenia móżdżku jest niewrażliwość chorych na podrażnienie przedsionka: nudności, bladość, poty jako skutek próby cieplnej lub obrotowej nigdy nie spotykają się w chorobach móżdżku.

Rozwadowski.

Dr. FRANK: *Herpes zoster oticus—(Półpasiec uszny)*. Laryngoćcope Nr. 9 1925.

Typowo w półpaśćcu usznym pierwotnie jest zajęty zwój kolankowy n. VII, skąd zapalenie często się przenosi na sąsiednie zwoje Scarpy i Corti'ego n. VIII, zwój skalisty n. IX i zwój jarzmowy n. X. Hunt przypuszcza, że t. zw. reumatyczne porażenie n. VIII może być wyrazem półpaśćca zwojów słuchowych bez wykwitu. Podobnież wiele przypadków, które się przyjmuje za gośćcowe porażenie twarzy, miękkiego podniebienia, a nawet krtani spowodowane bywają półpaśćcem. Zwykle zajęcie zwoju jednego nerwu jest bodźcem do wystąpienia napadu, zwoje wyżej i niżej położone zajęte są w mniejszym stopniu i niedostatecznie, aby wywołać wysypkę na odpowiedniej okolicy skóry. Kilka dni przed zjawieniem się wykwitu występują ogólne objawy: niedomaganie, ból głowy, gorączka, ból w okolicy ucha i w uchu. Jeżeli zajęte zwoje n. VIII może wystąpić przytępienie słuchu, zawroty, oczopląs, zaburzenia równowagi. Pęcherzyki prędko przechodzą w brunatnawe strupy i odpadają. Porażenie wszystkich 3-ch gałązek n-wu twarzowego występuje jednocześnie z wysypką, lub wślad za nią; jeżeli są wciągnięte IX i X n. pęcherzyki występują w gardle i krtani. Jeżeli zajęta gałązka slimakowa n. VIII utrata słuchu może być zupełną, lub wyrazem jej zajęcia może być tylko dzwonienie w uszach i przytępienie słuchu, przy zajęciu zwoju Scarpy — utrata wrażliwości narządu przedsionkowego. Jeżeli wysypka występuje na bł. bębenkowej przy obecności tkliwości wyrostka sutkowego, bólu w uchu i gorączki, często przypuszcza się zapalenie ucha środkowego, a właściwa choroba się przeocza. Wyzdrowienie jest zwykłe. Leczenie objawowe: znieczulające środki na ból, maście oczyszczające na wysypkę. W przypadkach przedłużającego się porażenia n-wu twarzowego — galwanizacja i faradyzacja.

Przyczyną wywołującą mogą być zakażone migdałki lub ropienie w zatokach nosowych. Wówczas leczenie winno być skierowane ku usunięciu tych ognisk zakaźnych. *Rozwadowski.*

MERELLI: L'oto-Rhino-Laryng. Internation. Nr. 10 1924.

Ostre zapalenie wyrostka sutkowego bez przedziurawienia błony bębenkowej.

Autor na zasadzie 17 przez siebie obserwowanych przypadków oraz licznych danych z piśmiennictwa dochodzi do wniosku, iż wogóle jest niemożliwem kliniczne ustalenie ścisłej różnicy między pierwotnem ostrem zapaleniem wyrostka sutkowego i takiem samem zapaleniem bez przedziurawienia błony, wynikłem w następstwie ostrego, ropnego zapalenia ucha środkowego.

Dla tego też jest wygodniej pod względem klinicznym i leczniczym zgrupować w jednę kategorję wszystkie te ostre zapalenia wyrostka sutkowego bez przedziurawienia błony, nie troszcząc się zupełnie o to, czy schorzenie wyrostka jest pierwotnem, czy wtórnem, ponieważ jak w jednym tak i w drugim wypadku rozwój kliniczny schorzenia, trudności rozpoznawcze i, wreszcie, postępowanie lecznicze są identyczne.

W ten sposób ujęte ostre zapalenie wyrostka sutkowego bez przedziurawienia błony są częstsze, niż się przypuszcza ogólnie i stanowią dość pokaźny odsetek wśród innych rodzajów zapalenia wyrostka.

W rozwoju chorobowym tej postaci ostrego zapalenia wyrostka lokalne warunki anatomiczne są najważniejszym czynnikiem.

Brak przedziurawienia błony z jednej strony może być spowodowany nienormalną opornością błony, z drugiej zaś — zwężeniem *aditus ad antrum*, wskutek czego nawet najlżejsze zapalenie sluzówki może spowodować zupełne zamknięcie i odgraniczenie jamy bębenkowej od jamy sutkowej. Wówczas widzimy 2 sprawy zapalne (w jamie bębenkowej i w wyrostku) przebiegające zupełnie odmiennie, ponieważ w jamie bębenkowej sprawa zakaźna rozwija się bądź co bądź w przestrzeni otwartej, podczas gdy w wyrostku mamy do czynienia z jamami zupełnie zamkniętemi.

Wreszcie, niezbędnym warunkiem do wytworzenia się omawianej postaci zapalenia wyrostka prócz zwężenia aditus ad antrum — jest drożność trąbki słuchowej.

Częstokroć daje się spostrzegać, zwłaszcza w wyrostkach sklero-

tycznych, ograniczenie sprawy chorobowej do jednej grupy komórek— tu należy mastoiditis typu Bezolda.

Z punktu widzenia anatomo-patologicznego omawiana postać nie przedstawia odrębnych cech. Dziś często jednakże można się spotkać z komplikacjami, wynikłemi w następstwie rozszerzania się procesu chorobowego lub z powodu odkładania interwencji wobec braku objawów pewnych. Roentgen może się przyczynić do rozpoznania.

Pod względem leczenia należy pamiętać, że w wypadkach wątpliwych lepiej jest operować czasami nawet bez potrzeby, niż spóźnić się z zabiegiem. *W. Gumiński.*

M. LANNOIS ET P.-L. MOUNIER: Thrombophlebite otogene isolne du Sinus caverneux. (Aênales des maladies de l'oreille et ct.) 1926 N 2.

Autorzy, z powodu obserwowanej sprawy zakrzepowej w przebiegu powikłania usznego, wyłącznie w zatoce jamistej, omawiają zarówno stronę kliniczną, jak i patogenezę tego powikłania. Z danych statystycznych wynika, że sprawy zakrzepowe w następstwie spraw usznych rzadziej obserwujemy, niż w następstwie powikłań jam bocznych nosa. Na 160 przypadków w 52 przypadkach sprawy zakrzepowe w zatoce jamistej były pochodzenia usznego. W przypadkach tych sprawa zakrzepowa obejmowała i inne zatoki, do rzadkości należą przypadki, zakrzepu w samej tylko zatoce jamistej.

Co się tyczy strony klinicznej, ogólnie znanej — wytrzeszczgałki ocznej, obrzmienie spojówki gałkowej, obrzmienie powiek zmiany w źrenicach, porażenia mięśni ocznych, ogólne objawy mózgowe o charakterze zapalenia opon, wysoka ciepłota i ogólny ciężki stan, — autorzy zwracają uwagę na różnicę w obrazie klinicznym między sprawami zakrzepowemi pochodzenia uszngo i nosowego. W tych ostatnich dominują objawy oczne, wybitne ą również objawy ze strony skóry czoła: obrzęk, rozszerzenie żył czołowych i ciemieniowych; objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego są rzadkie, również brak objawów zapalenia opon w okresie początkowym. W sprawach zakrzepowych zatoki jamistej pochodzenia usznego dominują objawy mózgowe; objawy oczne ustępują na plan drugi i występują w okresie przedśmiertnym i w formie mniej wybitnej.

Co się tyczy dna ocznego — to również dają się zauważyć różnice. W przypadkach pochodzenia usznego nie koniecznie musi być tarcza zastoinowa, która wskazuje raczej na inne jeszcze powikłanie

wewnątrzczaszkowe, przyczyniające się do wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego i ewentualnie nadające się jeszcze do interwencji chirurgicznej. Brak tarczy zastoinowej, ew. bardzo późne jej wystąpienie tłumaczy się tem, że żyła centralna siatkówki ma obfite połączenia, przed opróżnieniem się do zatoki jamistej. Godne jest również uwagi zachowanie się źrenic w przypadkach pochodzenia usznego. Porażenie zwieracza po stronie chorej, ew. bardziej zaatakowanej, jest silniejsze; w razie zupełnego braku odruchu na światło można jeszcze wywołać odruch współczulny, badając odruch na światło źrenicy mniej porażonej. Przyczyny tego zjawiska należy szukać w ślepocie odnośnego oka.

Co się tyczy patogenezy omawianego cierpienia usznego pochodzenia, to autorzy przytaczają znane nam drogi — splot żylny szyjnotętniczy, zapalenie górnej i dolnej zatoki skalistych, ropnie zewnątrz oponowe, umiejscowiona sprawa zapalna na wierzchołku kości skalistej i ropień komórki zbłąkanej. Nie wyklucza się również możliwości przedostania się zarazków drogą krwiobiegu do zatoki jamistej z pierwotnego ogniska ropnego. Leczenie polega na możliwie szerokiem otwieraniu pierwotnego ogniska i możliwych dróg przejścia sprawy do zatoki jamistej. Słusznie przestrzegają przed zabiegami, które mają na celu dojście do samej zatoki jamistej. Ze statystyki Dwight'a i Germaina, również nowszej statystyki Rittera wynika, że samowyleczenia nie są tak bardzo rzadkie — od 7% do 10%. Rzecz jasna, że obok leczenia chirurgicznego ogniska pierwotnego należy zastosować leczenie szczepionkami i preparatami w rodzaju argentum colloidale, trypoflavina i innych.

B. Karbowski.

R. LUND: Dwa przypadki ropnia móżdżkowego operowane metodą Lemaitre'a. Archives internat. de laryn., otol., rhinolog et bronchooesophag.

T. V. Z. 2 (luty) 1926. Rocznik 32.

Po dokładnym opisie przebiegu klinicznego dwóch przypadków ropnia móżdżkowego pochodzenia usznego autor podaje wynik, jaki osiągnął za pomocą metody operacyjnej Lemaitre'a. Polega ona na wykluczeniu przestrzeni podpajęczynowej od komunikacji z ropniem. Zapomocą rurki metalowej ostro zakończonej nakłuwamy oponę twardą w miejscu, gdzie spodziewamy się stwierdzić ropę. Po wyjęciu rurki wprowadzamy zgłębnik przez otwór nakłucia a wreszcie rurkę gumową, której wymiar przy następnych opatrun-

kach zwiększamy aż do 7 mm. szerokości przekroju. Około rurki gumowej wytwarza się zczasem ziarnina, która tworzy wał ochronny przeciw zakażeniu zdrowej tkanki mózgowej. W przebiegu dalszego leczenia długość drenu stopniowo zmniejszamy aż do zupełnego jego wyjęcia. Oba przypadki autora operowane i leczone tą metodą wyzdrowiały (widziane po 10 mies. i 2 latach). Metoda powyższa ma według autora te dodatnie strony, że rurka gumowa wprowadzona przez otwór nakłucia jest ustalona, a więc nie przemieszcza się wśród otaczającej ją ziarniny i nie rani tkanki mózgowej zdrowej. Unikamy też przy tym sposobie leczenia wtórnego zakażenia opon mózgowych i wypadnięcia mózgowego (prolapsus) z wszystkiemi jego następstwami. *A. Dobrzański.*

STEIN C. Wpływ rozwoju płciowego na przebieg otosklerozy. Wr. klin. Wochenschr. 38/4 i 5 — 25.

Badania nad wpływem i zależnością rozwoju płciowego na przebieg otosklerozy A. przeprowadzał na 125-ciu chorych, z których 68% było kobiet a 32% mężczyzn. W 27% badanych przypadków otoskleroza objawiła się już w okresie pokwitania i postępowała wówczas szybciej zwłaszcza u kobiet, okazujących nieprawidłowości w miesiączkowaniu. Gorsze rokowanie dają przypadki, wykazujące nieprawidłowości w budowie narządu rodnego przy równoczesnych zaburzeniach ze strony układu współczulnego i naczynioworuchowego. A. podnosi szczególniej zły wpływ ciąży i okresu przejściowego na przebieg otosclerozy. U mężczyzn A. widział zły wpływ na przebieg otosklerozy również w zaburzeniach sfery płciowej, nieprawidłowościach życia płciowego oraz neurastenji i t. p. Z badań Alexandra, Mayera, Fischera i Brunnera wynika, że otoskleroza jest wyrazem tej zmniejszonej wartościowości ustroju, która z jednej strony objawia się zmianami w budowie i czynności błędnika, z drugiej znów stwarza warunki dla powstawania zaniku pierwiastków nerwowych ucha wewnętrznego. Badania autora prowadzone wspólnie z J. Bauerem wykazały, że chorzy obarczeni otosklerozą różnią się wybitnie od ludzi zdrowych, gdyż cierpienie to jest u tych osobników jednym z objawów tej nieprawidłowości konstytucyjnej, która u różnych typów otosklerozy objawia się pod inną formą tegosamego status degenerativus. W dalszym ciągu A. omawia wpływ i zależność rozwoju otosklerozy od zaburzeń wydzielania wewnętrznego gruczołów rodnych. Zaburzenia psychiczne oraz życia płciowego wpływają na przebieg tego cierpienia. To też leczenie musi zdaniem autora uwzględnić przedewszystkiem *vita*

sexualis danego chorego oraz poddać cały przebieg choroby ścisłej indywidualizacji. Ze środków leczniczych A. poleca w szczególności organoterapję. *Laskiewicz.*

SCHÖN. S. i K. GOLDBERGER: Zasadnicze punkty dotyczące nowych prób sprawdzania objektywnego przewodnictwa czaszkowego i ich znaczenia klinicznego. (*Mon. f. Ohrh.* 1925 str. 19.

Na podstawie własnych badań doświadczalnych i spostrzeżeń klinicznych A. przychodzą do wniosku, że t. zw. przewodnictwo kostne jest pojęciem złożonem, składającem się z odbrzmiewania (resonansu) kości czaszkowych, rozchodzenia się fal głosowych w tych kościach, oraz zdolności percepcyjnej ucha przez kość. Resonans kości czaszkowych ma wielkie znaczenie dla próby Webera i należy go ściśle odróżniać od przewodnictwa słuchowego przez kość. Przy pomocy specjalnie skonstruowanego podwójnego fonendoskopu mógł badający i osobnik badany porównywać równocześnie czas trwania wrażenia słuchowego drgającego stroika w różnych miejscach na głowie. Z badań autorów nad odbrzmiewaniem diagonalnem kości czaszkowych (Freya) wynika, że w niektórych miejscach na czaszce badający słyszy drgający stroik o wiele dłużej, niż osobnik badany. Spostrzeżenia te obalają teorję Macha, gdyż zdaniem autorów lateralizacja próby Webera w ostrych i przewlekłych zapaleniach ucha środkowego polega na większej spoistości wyrostka sutkowego i połączonem z tem dłuższem jego odbrzmiewaniu. Przy próbie Rinnego przenoszą się fale drgającego stroika na ucho przeciwległe. Sposób, podany przez autorów, stanowi nową metodę objektywnego badania symulacji głuchoty oraz schorzeń jam bocznych nosa drogą stwierdzenia przedmiotowego odbrzmiewania poszczególnych kości czaszkowych.

Laskiewicz.

LEIDLER R. w. LOEWY: Badania sposobem Kobraka w nerwicach (*Mon f. Ohrheil u. Lar-Rhinologie* 59/9 25.

Na podstawie 26-ciu przypadków chorych nerwicowych, badanych zmodyfikowanym sposobem Kobraka t. j. wypłukiwaniem ucha 10 c^3 wody o coraz to niższej ciepłocie przychodzą autorowie do następującego wniosku: W przebiegu stanów nerwowych mamy krótkotrwałe zmiany w błędniku, objawiające się podmiotowo zawrotami głowy, oczopląsem, chwianiem się, przedmiotowo zaś wzmożoną pobudliwością błędnika przy badaniu sposobem Kobraka. W 76% badanych przypadków okazywali ci chorzy żywą pobudliwość błędni-

kową przy ciepłocie 37^0 C użytej do badania wody. W kilku przypadkach różnica jednego lub kilku dziesiątnych stopnia powodowała już żywy odczyn błędnikowy. Stąd wniosek, że wysokość ciepłoty wody użytej do badania jest wprost proporcjonalna do czasu trwania oczopląsu cieplikowego, a odwrotnie proporcjonalna do jego okresu utajenia. Różnica między prawem a lewem uchem zaznaczała się stale. Objaw Romberga i zbaczanie palca dał się też tym sposobem oddzielnie wywołać, jakkolwiek nie był synchroniczny z oczopląsem. Również natężenie objawu Romberga i zbaczanie palca nieszło równomiernie z obniżeniem się ciepłoty wody, względnie przedłużeniem okresu utajenia. *Laskiewicz.*

G. ALEXANDER: Die Klinik der otogen tramboplilebitis des sin. cavernosus. (*Objawy kliniczne zakrzepu zatoki jamistej pochodzenia usznego*). Mon f. Orhenheil w lar-Rhinolog 59/9 25. Według spostrzeżeń autora powstaje zakrzep zatoki jamistej częściej przez rozszerzenie się procesu per continuitatem przez tegmen tymp. tuba Eustachii aniżeli na drodze przerzutowej z ucha środkowego, wewnętrznego względnie powikłań śródczaszkowych (meningitis basil). Ten zakrzep zatoki jamistej może być też przyczyną zapalenia opon mózgowych. Autor rozróżnia 4 postaci kliniczne zakrzepu zatoki jamistej. Przypadki, w których występuje w całej pełni zaczerwienienie obrzękowe danej połowy twarzy oraz ból w oczodole. 2) przypadki w których obraz ten jest słabo tylko zaznaczony. 3) przypadki posocznicy ogólnej bez wyraźnych objawów miejscowych. 4) Przypadki, w których nie dochodzi wcale do ujawnienia się ani miejscowych ani ogólnych zaburzeń. W przypadkach tych można podejrzewać zakrzep zatoki jamistej na zasadzie zmian w uchu, znalezionych przy operacji jako to: ropienie w przedniej części tegmentymp, początku ślimaku, szczycie piramidy, kostnej cześci trąbki Eustach. które dają po operacji nagle pogorszenie stanu ogólnego. Ze wskazań leczniczych zaleca autor drenaż zewnątrz i wewnątrz oponowy okolicy zatoki jamistej. Podwiązanie żyły jarzmowej niema w tych wypadkach żadnego efektu. *Laskiewicz.*

Nos i zatoki boczne.

G. RIEDEL: (*W sprawie niebezpieczeństwa zagrażającego życiu przy ropnych zapaleniach jam bocznych nosa i ich sposobach leczenia*). München med. Wochenschr. 72/30 25. Z zestawienia statystycznego Kliniki w Erlangen wynika, że śmiertelność przy ropnem

zapaleniu jam bocznych nosa wynosi ogółem 3,1%. Śmiertelność po operacjach doszczętnych jamy czołowej wynosiła przeciętnie 3%, natomiast po zabiegach doszczętnych w zatoce sitowej i górnoszczękowej 0%. Autor zwraca uwagę na to, że nawet zwykle przepłukanie jamy górno-szczękowej rurką Siebenmana nie jest w ścisłem słowa znaczenia zabiegiem obojętnym, gdyż w 6-ciu przypadkach znaczniejszego zwężenia ujść tej jamy spostrzegał autor po jej wypłukaniu powikłania w postaci róży, posocznicy i t. d. Operację doszczętną zatoki czołowej względnie klinowej zaleca autor w przypadkach niepowikłanych wykonywać tylko przy silnych bólach głowy, kiedy zwyczajne płukanie nie odnosi skutku. *Laskiewicz.*

ESCH A.: (Ogólne zapatrywania w sprawie leczenie powikłań oczodołowych przy zapaleniach jam bocznych). Klin. Wochschrift Jg. 4/38. 25.

Obrzmienie części miękkich w przebiegu zapaleń jam bocznych nosa nie jest zdaniem autora wyrazem schorzenia ścian kostnych danej zatoki, lecz może powstać często na tle zaburzeń krążenia w danem miejscu (zaczopowanie gałązek naczyń). Wobec tego należy w podobnych przypadkach ostrego zapalenia, względnie zaostrzenia się przewlekłego procesu zapalnego stosować leczenie zachowawcze, o ile nb. niema objawów wskazujących na przejście procesu zapalnego na oczodół względnie do wnętrza czaszki. Zwłaszcza w przypadkach, w których ogólny stan chorego jest względnie dobry, należy w przypadkach zwiększającego się obrzęku części miękkich ograniczyć się, zdaniem autora, tylko do śródnosowego otwarcia odpowiedniej jamy bocznej. Natomiast w przypadkach, w których stan ogólny chorego jest groźny, a obraz chorobowy przebiega pod postacią ciężkiej infekcji, przyczem niejednokrotnie ściany danej zatoki ulegają częściowemu obumarciu, należy już dość wcześnie stosować zabieg radykalny, umożliwiający swobodny odpływ zalegającej ropy. W przypadkach zapalenia jam bocznych w przebiegu chorób zakaźnych wystarcza niejednokrotnie zabieg środkowy.

WORMS. GR.: (Leczenie zwężeń nosa przy pomocy rozszerzadeł kauczukowych). Annales des maladies de l'oreille du laryn du nez... T. XLII/I 25.

Masaż nosa przy pomocy bougies elastycznych działa zdaniem autorów dekongestywnie na błonę śluzową zwłaszcza w rhinitis chr. hypertrophica, stanowiąc w wielu wypadkach dopełnienie zabiegów

chirurgicznych. Przy nieżycie naczynioruchowym (coryza spasmodica periodica et aperiodica) wynik leczenie powyższym sposobem jest niezawsze pomyślny. Natomiast tam, gdzie zabieg operacyjny jest przeciwskazany, sposób ten znajduje zastosowanie. U dzieci i u osesków jest on jednym z najłagodniejszych sposobów leczniczych nieżytu przerostowego nosa. *A. Laskiewicz.*

BARRET DE NAZARIS: Nowotwory przerostowe chłonne nosogardzieli. (Rev. de Lar. 1926. Nr. 3).

Autor zebrał z piśmiennictwa 5 przypadków tych nowotworów. Budową swą przypominają warstwy dobrotliwe, mają jednak skłonność do generalizacji. Ponieważ przeważają w nich elementy limphocytowe, proponuje autor dla nich nazwę lymphomy typu limphocytowego lub lymphoblastycznego.

Guz ten rzadko umiejscowia się tylko w gruczole Luschki, wywołując zazwyczaj trudności oddechu, głuchotę, oraz obrzmienia w okolicy naczyń; głos nabiera cech rhinolalia clausa. W cierpieniu tem spotykamy krwawienia nosowe. Co do pochodzenia tych guzów, to według autora, teorja infekcyjna ma pewne prawdopodobieństwo. Różniczkuje autor to cierpienie od ciał obcych nosogardzieli, fibromatów i sarcomatów, cyst i papillomatów, zrostów, kilaków nosogardzieli, wreszcie wyrośli adenoidalnych u dzieci. Leczenia pewnego, zdaniem autora, jeszcze nie posiadamy. *Wąsowski.*

K. MENZEL: Nieopisany jeszcze objaw polipa choanalnego. (Mon. f. Ohr. 1926. 1 H.).

Podając spostrzegamy przez siebie przypadek polipa choanalnego autor zwraca uwagę na objaw — mianowicie na widoczne za pomocą rhinoscopia anterior ruchy przedniej części polipa przy mowie i połykaniu. *Wąsowski.*

WELEMINSKY: Rozpoznanie i leczenie przysysania skrzydeł nosa. (Mon. f. ohr. 1926. 1 H.).

Mówiąc o rozpoznaniu tego cierpienia, zwraca autor uwagę na istniejące niekiedy trudności rozpoznawcze. Przysysanie skrzydeł nosa staje się wyraźnem, gdy chory stara się z większą siłą wciągnąć nosem powietrze. Co do leczenia, to autor wprowadza następującą metodę: po znieczuleniu nowocainą skrzydła nosa wprowadza igłę (rysunek podany w pracy) odpowiednio wygiętą nad dnem nosa do skrzydła i wygina ją aż do grzbietu nosa. Po wyjęciu igły wprowa-

dział wpierw do stworzonego kanału cienki kawałek kości słoniowej, jednak przekonał się, że samo tylko przekłucie igłą wystarcza i powoduje wyleczenie. *Wąsowski.*

MENZEL: Pierwotne ostre cuchnące ropienia zatoki szczękowej. Z. für Hals, Nasen und Ohr. Bd. 13 Hf. 1 za 1925.

Klinicznie obraz następujący: dreszcze, ciepłota 38—40°, po 3—6 dniach powrót do normy; bóle w okolicy czołowej, szczękowej, zębowej zwykle zaczynają się zrana, największego nasilenia osiągają w południe, a następnie po południu stopniowo słabną; w okresie po spadku ciepłoty—dominuje ból i cuchnąca wydzielina ropna z nosa; niekiedy zdarza się obrzęk powiek i kości jarzmowej po stronie chorej, Leczenie operacyjne modo Denker lub Caldwell-Luc daje dobre wyniki.

Anatomopatologicznie przedstawia się jako hemorragiczno-nekrotyczne zapalenie z wysiękiem włóknikowym częściowo na powierzchni, częściowo do tkanki znekrotyzowanej, miejscami są ubytki śluzówki wskutek rozmiękczenia, niekiedy nawet i kości, Bakteriologicznie znajdywano rozmaite drobnoustroje: streptokokki (a również i inne kokki), baci fusiformis, laseczki grypowe i inne.

Rymaszewski

REBATTU ET PANFIQUE: Układ neuro—wegetatywny u osobników z wyroślami adenoidalnemi. Arch. Intern. de Lar. d'Otol. elect. T. 5. Z. 2. 1926.

Autorowie, badając ciśnienie krwi w 47 przypadkach z wyroślami adenoidalnemi, przerostem migdałków oraz odruch sercowo-oczny w 24 przyp., wzmacniając przytem objawy sympatykotoniczne zapomocą adrenaliny a objawy vagotoniczne zapomocą pilokarpiny, stwierdzili w 70% vagotonję a w 4% sympatikotonję. Uważają więc większość dzieci z wyroślami adenoidalnemi, jako posiadające dystonję wegetatywną, która powinna ustąpić po usunięciu wyrośli. Wyniki ich badań nie zgadzają się z wynikami *Girou*, który stwierdzał w większości podobnych przypadków sympatykotonję.

Dobrzański.

J. ROY: Małe przedziurawienia przegrody nosowej i moja metoda operacyjna. Arch. Internat. de Lar. d'Ot. de Rhin. et de Bronch. T. 5. Z. 2. 1926.

Dla pokrycia przedziurawienia przegrody wydziela autor płat śluzówki z szypułą od tyłu i przemieszcza na przygotowane pole

zeszywając brzegi śluzówki. Zaprzeczając pierwszeństwo D-rowi Levi, który ogłosił podobną metodę w „The Laryngscope“ polemizuje z nim, przytaczając miejsca ogłoszenia swojej metody w r. 1922.

Dobrzański.

A. BENOIT: Mukocele jamy czołowej. Arch. Internat. de Lar. d'Otol eleh. T. 5. Z. 2. 1926.

Opisawszy przypadek powiększenia jamy czołowej i sposób jego operowania od zewnątrz autor zastanawia się nad etjologją tego schorzenia, dodając nowe przypuszczenie, które nasunął mu na myśl wspomniany przypadek. Pierwszym mianowicie objawem była obfita wodnista wydzielina z nosa (hydrorrhea). A. uważa za pierwotną przyczynę uszkodzenie nerwów współczulnych, które powoduje nadmiar wydzieliny, w następstwie zaś przerost śluzówki i zatkanie przewodu nosowo czołowego; wreszcie wypełnienie nadmierne obfitą wydzieliną jamy czołowej z jej następczem rozszerzeniem końcowym stopniem tego procesu.

Dobrzański.

J. HELSMORTEL (junior): Galwanokaustyka w rynologji. Arch. Intern. de Lar. T. 5 Z. 2 1926,

Rozważając znaczenie i skutek leczniczy wymienionej metody, autor dochodzi do przekonania, że stosowana ogólnie galwanokaustyka muszel nosowych jest niedostateczna i stąd wynika jej czasowa tylko wartość. Autor postępuje w ten sposób, że wypala w przypadkach przerostu całą przerosłą błonę śluzową głęboko aż do kości, która w przeciągu kilku następnych tygodni pokrywa się nową śluzówką. Postępowanie to daje wyniki trwałe bez żadnych powikłań. Radzi zmieniać watę w przedsionku, co chorzy sami wykonują, ażeby przyśpieszać usuwanie zwiększonej wydzieliny. *Dobrzański.*

REVERCHON I TSIROS: Mukocele czołowo-sitowe z rozległem wypukleniem do oczodołu. Arch. Internal. de Lar. d'Otol. etch. T. 5 Z. 2 1926.

Opisuje przypadek nadmiernego rozdęcia jamy czołowej i sitowej z odsunięciem gałki ocznej na zewnątrz i upośledzeniem wzroku. Operowano cięciem typowem dla operacji jamy czołowej, a po usunięciu śluzówki zeszyto ranę, pozostawiając mały sączek. Przebieg następczego gojenia był prawidłowy, oko bowiem wróciło do pierwotnego położenia a wzrok się nieco poprawił. (Przyp. refer.). Po-

dobny przypadek R. miał sposobność obserwować w Klinice lwowskiej, który pozwalał stwierdzić ponadto znaczne wypuklenie do jamy nosowej, zatykające ją zupełnie. Przypadek ten przedstawiono na posiedzeniu Sekcji lwow. Pol. Tow. Oto - laryng. *Dobrzański.*

HAUTANT (Paryż). Dwa przypadki cylindromy jam nosowych i podniebienia. Annal. de mal. de l'oreill. etc. 1925. 12.

Cylindromy są to nowotwory pochodzenia embrjonalnego, składające się z tkanki łącznej zwyrodniałej śluzowato z połączenia z elementami nabłonkowemi formy wysoce nietypowej w postaci komórek kubicznych, płaskich, różnej wielkości. W guzach tych bywają torebki wypełnione cieczą śluzowatą — różnej wielkości, często nawet widziane gołem okiem. Na podniebieniu robią wrazenie głębokich owrzodzeń z gładkiemi ściankami. Guzy te bywają bardzo rozgałęzione i właściwie rozpychają, a nie zwyrodniają okoliczne tkanki.

Cylindromy 1) rosną bardzo powoli — latami, wchodzą do jam nosowych bocznych, oczodołów.

2) Są mało złosliwe, nie dają przerzutów do gruczołów.

3) Z powodu silnego rozgałęzienia nie dają się łatwo usuwać i dają częste recydywy.

4) Wywołują objawy uciskowe.

5) Leczenie światłem nie niszczy ich, wstrzymuje jednak rozrost.

Świeżyński.

REHADTUET BERTOIN (Lyon) Obustronny kostniak górnej szczęki na tle kiły dziedzicznej. Ibid.

Kobieta lat 28 od kilku lat cierpi na zatkanie nosa obustronne Bolów głowy, ropienia z nosa, i innych zaburzeń nigdy nie miała. Ostatnio zauważyła obrzmienie pod prawym oczodołem. Obrzmienie nie bolesne, skóra ruchoma normalna, lekki wystrzeszcz. Nozdrze prawie zupełnie zatkane tkanką twardą, pokrytą normalną sluzówką. Próbne nakłucie wykazuje tkankę kostnej konsystencji. W jamie ustnej norma, jedynie zęby typu Hutchinson'a. Radiografja: zaciemnienie zupełne obu jam Highmora. Próbne wycięcie kawałka kości z okolicy fossa canina wykazuje histologicznie typ kostniaka.

Wasserman wyraźnie dodatni. Kuracja specyficzna długotrwała daje po roku zupełną drożność nosa. *Świeżyński.*

BARTEMAS (Charleville) Neuralgia n. vidiani z powodu zapalenia zatoki klinowej. Ibid.

Chory z zapaleniem przewlekłem ucha środkowego cierpi na silne

bóle głowy—okolicy potylicy i ciemienia. Wyrostek sutkowy nie obrzmiały lecz wrażliwy na ucisk. Autor robi antrotomję, lecz nic chorobliwego nie stwierdza. Bóle trwają. Badanie nosa po silnem znieczuleniu kokainą z adrenaliną wykazuje obrzmienie okolicy tylnych komórek sitowych i śluzo ropną wydzielinę z ujścia zatoki klinowej. Usunięcie muszli środkowej, rozszerzenie ujścia zatoki klinowej i wyłyżczkowanie tylnych komorek sitowych usuwa bóle.

F. Swieżyński.

CANUYT J. et J. RAMADIER et L. VELTER: Zapalenie tylnych zatok nosowych i ich powikłania oczne.

Annales des maladies de l'oreille du larynx du nez et du pharynx. (T. 44/1. 25.).

Zaburzenia wzrokowe w przebiegu schorzeń jam bocznych tylnych A. dzielą na 3 grupy: zaburzenia ruchowe gałek ocznych, zapalenia naczyniówki, siatkówki oraz zapalenia nerwu wzrokowego, Schorzenie n. wzrokowego na tle zajęcia tylnych komórek sitowych A. odróżnia ją jako *neuritis optica* ze zmianami na papilla opt. i pozagałkowem zapaleniem nerwu wzrokowego z ujemnemi początkowo objawami przedmiotowemi, które ujawniają się najczęściej dopiero wtedy, kiedy sprawa przechodzi już w zanik nerwu wzrokowego. Szczególnie jest ważny przy ocenianiu wskazania do zabiegu chirurgicznego. Autorowie zwracają uwagę na to, że przy neuritis retrobulbaris zdarzają się stosunkowo rzadko wyraźnie dostrzegalne zmiany w komórkach sitowych, częściej natomiast zmiany drobnowidzowe w wyściółce tych komórek, a wreszcie w bardzo małej liczbie przypadków zupełny brak tych zmian. Z momentów wywołujących powikłania zapalne n. wzrokowego wchodzi w rachubę przenoszenie się infekcji względnie toksyn przez cienkie ściany kostne. Zaburzenie krążenia wskutek zmian zapalnych w nosie, ucisk na sam nerw oczny powodować mogą także wyżej opisane objawy zajęcia pozagałkowego nerwu ocznego. Ze środków rozpoznawczych wchodzi w rachubę przedewszystkiem Roentgen. Otwarcia tylnych komórek sitowych dokonywamy 1) drogą wycięcia podśluzowego przegrody nosowej 2) drogą wycięcia całkowitego muszli środkowej 3) Sposobem radykalnym od strony oczodołu. Na podstawie leczonych przez siebie przypadków A. ujmują sposób postępowania leczniczego przy neuritis retrobulbaris w sposób następujący: W przypadkach w których rhinologicznie ani też radiologicznie nie udaje się zbadać przyczyny cierpienia, należy przez 8 dni stosować forsowne leczenie swoiste (wstrzykiwanie dożylne Salwarsanu, rtęci i t.d.)

w połączeniu z zakładaniem tamponów kokainowych do przewodu średniego i wdychaniem mentolu. Dopiero kiedy sposoby te okażą się bezskuteczne, A. radzą stosować metodę chirurgiczną otwarcia tylnych komórek siłowych jednoczasowo lub dwuczasowo z poprzedzającą resekcją muszli średniej, a po kilku dniach dopiero otwarcie zatok sitowych. W każdym razie wskazanie operacyjne musi być w tych wypadkach postawione *ex consilio* rhinologa i okulisty.

Laskiewicz.

LEWIS: L'Oto-Rhino-Laryngologie Internationale. October 1924. *Poprawa wrodzonego zniekształcenia nosa.*

Cięcie skórne pośrodku dolnego brzegu przegrody nosa. Brzegi cięcia skórnego i końce nosa odseparowuje się za pomocą noża i nożyczek ocznych Stevens'a, by utworzyć wgłębienie. Proteza musi być umieszczoną dokładnie po linji środkowej. Jeśli zachodzi potrzeba usunięcia nadmiaru tkanki, osiąga się to stosunkowo łatwo drogą podminowania za pomocą specjalnego noża, w kierunku kości nosowych i wyrostków czołowych kości szczękowej.

Zaszycie rany 3 szwami jedwabnemi. Jeśli operacja była przedsięwziętą celem usunięcia nadmiaru tkanki, należy położyć po zabiegu wilgotną gąbkę na grzbiet i po bokach nosa, podtrzymując ją za pomocą plastrów, umocowanych na policzkach. Opatrunek ten zdejmujemy nazajutrz. Proteza celuloidowa obrasta i nie ulega wchłanianiu.

W. Gumiński.

CHILOW K. L.: Wyniki operacji Westa w ropnem zapaleniu woreczka łzowego Z. (f.) Hals-Nasen Ohrenheilkde Bd 11/3 25.

Wyniki leczenia operacyjnego ropnych zapaleń woreczka łzowego i zwężeń bliznowatych przewodu nosowołzowego sposobem Westa ujmuje w sposób następujący: Przypadki ropnego zapalenia woreczka łzowego okazywały w 68% zupełne, w 18% częściowe wyleczenie a w 14% pozostawały bez efektu. Przy zwyczajnej epiphora spostrzegał w 18% całkowite wyleczenie, w 50% tylko częściowe, natomiast 32% leczonych przypadków był bez efektu. Jako przyczyny tych niepomyślnych wyników A. wymienia następujące: Zbyt grube i spoiste ściany kostne przy stosunkowo małej objętości woreczka łzowego. L) Niedostateczna zdolność resorbcyjna przewodu nosowo-łzowego (blizny na caruncula lacrym, rozdwojenie przewodu nosowo-łzowego porażenie m. okrężnego oka i t. p.) Przed otwarciem woreczka łzowego A. radzi ewentualnie wycięcie podśluzowe przegrody nosowej.

W 73% ropnego zapalenia woreczka łzowego znajdował nieżyt zanikowy nosa, który zdaniem jego był przyczyną powstawania zapalenia woreczka łzowego, jak to utrzymują Rollet i Bussi. Badanie bakterjologiczne nosa przed i po operacji wykazało po dokonaniu zabiegu zniknięcie dwoinek z wydzieliny nosa przy równoczesnem ustaniu objawów zapalenia tegoż woreczka.

Laskiewicz.

DONIOL VALCROZE: Leczenie ozeny szczepionką. Annal des maladies de l'oreille du larynx du nez et du phar. (T. 43/6 24).

Autor opisuje nowy sposób leczenia ozeny przy pomocy płynnej autowakcyny coccobacill ozenae Pereza zawierającej 10 miljardów drobnoustrojów w 1 c^3. której działanie potęguje się przez dodanie żółci bydlęcej. Przyrządzoną w ten sposób szczepionkę A. wprowadzał na wacie dokładnie na wewnętrzną powierzchnię przegrody nosowej oraz muszli dolnej po poprzedniem oczyszczeniu wnętrza nosa z zalegającej zaschłej wydzieliny. Zabieg ten ponawiał autor codziennie przez przeciąg 2 — 3 tyg. pozostawiając wacik napojony powyższą szczepionką w obu jamach nosowych przez godzinę Prócz tego autor zaleca wdmuchiwanie do nosa delikatnie sproszkowanej szczepionki 2 — 3 razy dziennie. Sposób przyrządzenia tej sproszkowanej szczepionki polega na wytworzeniu eterowo - alkoholowej zawiesiny z hodowli coccobacill oz. Perez, którą przepaja się sproszkowaną laktozą i dodaje wysuszonej żółci bydlęcej. W 19-tu przypadkach nieżytu zanikowego nosa z cuchnieniem, leczonych powyższym sposobem A. zauważył znikanie strupów oraz cuchnienia a w kilku przypadkach nawet zupełne wyleczenie.

Laskiewicz.

DANGOULOFF: Zabiegi konserwatywne na przegrodzie nosowej. (Rev. de Lar. 1925. Nr. 18).

Autor omawia wprowadzone przez Wojaczka metody operacyjne na przyrodzie nosowej: 1) mobilizację, 2) wyprostowanie, 3) rezekcję okrężną (circulaire) i 4) rezekcję częściową. Zalety tych metod są następujące: 1) zachowanie odporności przegrody, 2) przegroda po wyleczeniu nie jest ruchomą, 3) przypadki przedziurawienia są b. rzadkie, 4) nie spotyka się zaniku śluzówki, 5) niema zapadania nosa. Wskazania: 1) przed wykonaniem dużego zabiegu wewnątrznosowego, 2) gdy skrzywienie jest tylko w tylnej części przegrody, 3) przy zaniku śluzówki, 4) u wąskonosych.

Na 175 przypadków operowanych tym sposobem było powikłań: 2 krwotoki, 1 ropień, 18 angin, 6 zapaleń ucha środk., 1 sepsa, 1 róża, 2 perforacje przegrody. *Wąsowski.*

CHATECLIER i DARIAUX (Paryż): Stereoradjografja jako metoda badania zatok czaszkowych (jam bocznych nosa).

Autorowie podają w krótkości technikę wykonania zdjęć radjograficznych dla poszczególnych jam bocznych nosa, opisują sposób ich odczytywania w przyrządzie Hirtza oraz podkreślają doniosłość stereoradjografji w rozpoznawaniu schorzeń bocznych jam nosa, która to metoda była dotychczas niedostatecznie doceniana (1 tablica w załączeniu).

BELINOFF (Sofja): O chirurgicznem leczeniu ozeny.

Jakkolwiek zdania różnych autorów co do etjologji i leczenia ozeny są do dziś jeszcze podzielone — to jednak, według autora, niema powodu do przeciwstawiania sobie dwóch metod leczniczych ozeny t. j. metody operaeyjnej i metody bjologicznej. Obie bowiem nie tylko mogą być obok siebie stosowane, nie stojąc do siebie w żadnej sprzeczności, lecz nawet wzajemnie się uzupełniają, jak to wynika ze spostrzeżeń autora. Odróżnia w przebiegu ozeny trzy okresy t. j. 1) z przerostem śluzówki i obfitą wydzieliną śluzowo-ropną, zawierającą wielką ilość zarazków Perez'a, 2) z nieprzyjemnym zapachem i strupami, 3) z zanikiem błony śluzowej i znacznem zmniejszeniem się muszli nosowych, przyczem jamy nosowe są bardzo przestrzenne, a strupy są bardzo obfite. Zależnie od tego, z którym z wyżej wymienionych okresów ma do czynienia, stosuje odpowiednie leczenie, a mianowicie w pierwszym i drugim okresie leczenie szczepionką daje dobre wyniki w trzecim zaś obie metody połączone (t. j. operacyjna i bilogiczna) pozwalają osiągnąć bardzo znaczną poprawę. Stosowanie szczepionki Perez-Hofera daje bardzo zachęcające wyniki; trzeba je jednak przedłużać w ciągu miesięcy a nawet lat. Nie można mówić o całkowitem i trwałem wyleczeniu, bo jak przypadki autora wskazują ozena ma tendencję do nawrotów. Wstrzykiwał szczepionkę również w muszlę nosową dla wywołania większej reakcji miejscowej. Z operacji zaleca podaną przez *Hallego* a w ciężkich tylko przypadkach *Hinsberga.*

BOURAK (Mińsk): Leczenie schorzeń jamy nosowej za pomocą zmiany położenia i kształtu dolnej muszli nosowej. Zeitschr. f. H. U.

W przypadkach znacznego przerostu muszli nosowych zwłaszcza, o ile temu towarzyszy skrzywienie przegrody nosowej nieznacznego stopnia oraz w przypadkach zrostu między muszlą a przegrodą stosował autor z bardzo dobrym skutkiem wywinięcie dolnej muszli ku górze; po tym zabiegu drożność nosa powracała, a dotkliwe przewlekłe nieżyty nosa ustawały. Nie obserwował przy ani po zabiegu ujemnych jakichś skutków jak np. wyłamanie ściany bocznej nosa, prócz niekiedy nieznacznych objawów obrzęku lub podniesienia ciepłoty, które po 2—3 dniach mijały. Spostrzeżenia swoje opiera na 165 chorych. *Rymaszewski.*

SARGNON (Lyon): Leczenie guzów jamy gardłowo-nosowej przy pomocy radu. Rew de Lar. 1924. 13.

Guzy jamy gardłowo-nosowej (najczęstsze włókniaki i mięsaki) są trudno dostępne dla zabiegu chirurgicznego i najczęściej niedają się w całości usunąć, względnie nawet mimo najstaranniejszego usunięcia chirurgicznego często dają nawroty. Z drugiej strony krwawienia towarzyszące zabiegowi chirurgicznemu są trudne do opanowania nawet mimo podwiązania tętnicy dogłowowej i prowadzą nieraz do zejścia śmiertelnego. Stąd też większość autorów skłania się dziś do leczenia ich radem.

Leczenie radem może być stosowane albo po zabiegu chirurgicznym guza, albo też bez uprzedniego usuwania tegoż czy to drogą naturalną (przez jamę nosową i gardłową) czy też przy pomocy cięcia zewnętrznego. Sargnon na podstawie przez siebie obserwowanych przypadków oraz ogłoszonych przez innych autorów uważa *leczenie radem bez zabiegu chirurgicznego* jak metodę wyboru leczenia guzów jamy gardłowo-nosowej. Stosowanie radu może się odbywać w dwojaki sposób albo w postaci igieł, wkłówanych w guz, albo przy pomocy rurek zawierających sole radowe względnie emanację. Teoretycznie możnaby myśleć. że wprowadzanie igieł radowych w guz byłoby idealnym sposobem stosowania radu. Praktycznie jednak rzecz biorąc, okazuje się, że wprowadzenie igieł w guz jest nieraz bardzo utrudnione z powodu wielkiej jego twardości oraz obfitego krwawienia, które po takich wkłóciach występują. Autor wprowadzał igły radowe przez jamę nosową i te trzymały się dobrze, wprowadzone natomiast od strony jamy gardłowej wskutek ruchów podniebienia miękkiego często się przemieszczały, przez co uszkadzały części zdrowe, a o ile nie są dobrze umocowane, mogą je chorzy połknąć. Z tych też powodów uważa autor za najodpowiedniejsze stosowanie

rurek radowych około guza. W tym celu po znieczuleniu jamy nosowej i gardłowej przeprowadza się dwie nitki przez jamę nosową, do których przywiązuje się rurki dobrze filtrowane i adoptuje się je do guza jednę od strony jamy gardłowej, drugą od strony jamy nosowej. Pozostawia się te rurki na 48 godzin w dawce od 50 — 100 milicurie. Leczenie to stosuje co 3 miesiące, ponieważ działanie radu w ciągu takiego czasu się utrzymuje. Guzy po aplikacji radu zaczynają się zmniejszać zwyczajnie już po miesiącu i nie krwawią przy dotyku. Jako ujemne strony tego leczenia należy podnieść występujące niekiedy przedziurawienie podniebienia miękkiego zwyczajnie na małej przestrzeni (1 cm.) oraz radjonekroza tylnej części przegrody nosowej. Uszkodzenia te iednak nie mogą być przeciwskazaniem dostosowania radu wobec ciężkości zabiegu chirurgicznego. Autor obserwował 11 przypadków leczonych radem w tem: 3 przypadki włókniaka wyleczonych (w obserwacji od 4 lat, 2 i 1 roku), z 5 przyp. mięsaka 4 uleczone a jeden z poprawą (w tem 1 przypadek od 12 lat w obserwacji), wreszcie uleczone 3 przyp. raka (epithelioma), w tem jeden od 2 lat w obserwacji. W końcu autor oświadcza się stanowczo za leczeniem guzów jamy gardłowo-nosowej przy pomocy radu, jeśli uwzględnimy, że zabieg chirurgiczny daje najczęściej wyniki połowiczne i jest połączony z niebezpiecznemi krwawieniami.

Dobrzański.

Jama ustna i gardło.

BEYNES E.: Annales des maladies de l'oreille. (Mai 1924).

Leczenie porażeń miękkiego podniebienia, powstałych w następstwie błonicy za pomocą gorącego powietrza.

Autor otrzymał w 15 przypadkach wyniki dodatnie, kierując strumień powietrza gorącego na podniebienie. Procz właściwości pobudzających, gorące powietrze posiada własności bakterjobójcze i wyjaławiające, których nie należy lekceważyć.

W. Gumiński.

Dr. ROURE: Revue de Laryngologie Otologie et Rhinologie (Janvier 1925).

Żylaki podstawy języka.

Przejawy artretyczne, dość rozpowszechnione, w postaci żylaków podstawy języka wogóle mało były badane. Przy badaniu stwierdza się wachlarzowato rozwiniętą sieć żylną z obu stron języka nierównomiernie — przechodzące na części zewnętrzne. Stan ten może powo-

dować powstanie całego szeregu dolegliwości, nie bolesnych i nie upośledzających łykania, zaburzenia głosowe, szybkie wyczerpywanie głosu, zwłaszcza przy czytaniu. Dalej, bywa łaskotanie i kłucie, powodujące gwałtowny, „piejący" kaszel; kaszel ten powodowany jest zimnem powietrzem lub płynami; swędzenia w uszach, jako przejaw podrażnienia skóry przewodu, spowodowany wchłanianiem płynów. Czasami stwierdza się krwawe żyłki w ślinie podczas kaszlu.

Żylaki z podstawy języka są niezaprzeczalnie przejawem skóry artrytycznej i objawy dolegliwości, przez nie wywołane, ustępują po przeprowadzeniu odnośnej kuracji. Leczenie miejscowe w przypadkach lekkich polega na płukaniu rozczynem solicylatu sodu, przyjmowaniu aspiryny do wewnętrz i wystrzeganiu się palenia i alkoholu. W przypadkach zadawnionych należy zniszczyć żylaki kauterem.

Męczący kaszel ustępuje zazwyczaj b. szybko, zaburzenia głosowe powoli. Poprawa jest długotrwałą. Nawroty, jeśli się zdarzają, są naogół bardzo lekkie. *W. Gumiński.*

PFESTER: Rzadki przypadek wrodzonej cysty miękkiego podniebienia. Fol. otolaryng. B. 13 H. 4/5 za 1925 r.

Przypadek dotyczył 3½ letniego prawidłowo rozwiniętego dziecka, (f.) u którego ponad lewym migdałkiem widoczny był guz, wielkości orzecha, napięty, blado przeświecający. Rozpoznanie drobnowidzowe — epidermoid. *Rymaszewski.*

VÖLGER: Wyłuszczenie migdałków podniebiennych w schorzeniach peritonsillarnych. F. otol. B. 13 H. 4/5 za 1925 r.

Autor, zwolennik tonsillektomji już w ostrym stadjum procesu, nie radzi wyczekiwać na uformowanie się ropni; nie zaleca przecięcia; sam zabieg wykonuje w miejscowem znieczuleniu i tylko w wypadku szczękościsku stosuje ogólną narkozę, podczas której z łatwością udaje się rozwieranie ust. Uważa obawę uogólnienia się zakażenia wskutek zabiegu za płonną, natomiast tym sposobem osiąga się znaczne skrócenie procesu chorobowego. Krwotoki przy tym zabiegu bywają większe, lecz zwykle nie bywa potrzeby uciekania się do specjalnych zabiegów dla ich zatamowania. *Rymaszewski.*

Krtań i tchawica.

JACOD: Sympatektomja w gruźliczych owrzodzeniach krtani. Ann. des maladies del'oreille Nr. 12/25 (Lyon).

W przypadkach stałych, upartych owrzodzeń gruźliczych, przy

względnie dobrym stanie ogólnym i przy gruźlicy płuc typu łącznotkankowego autor radzi wykonywać sympatektomję. Wycięciu ulega nerw współczulny wzdłuz art. thyreoid. superior względnie art. larynyca superior. Lepiej jest ograniczać się do wycięcia nerwu wzdłuż laryngea superior, gdyż obnażenia art. thyroidca powoduje długotrwałe obrzmienia gruczołu tarczowego. W 3 przypadkach. gdzie autor zastosował powyższy zabieg uporczywe owrzodzenia krtani doskonale się zagoiły, chociaż po roku pozostaje przy życiu tylko jeden chory, dwaj inni zmarli wskutek sprawy płucnej.

STEINMAN: (Klinika Lewina Rosja).

Leczenie dysfagii w gruźlicy krtani. (Ibid).

Z metod leczenia dysfagii autor zaleca:

1) Przekrwienie bierne zapomocą noszenia opaski gumowej poniżej krtani.

2) Leczenie świetlne, które jednak daje słabe wyniki.

3) Z leków farmaceutycznych — najlepszy kwas mleczny.

4) Zabiegi chirurgiczne; wycięcie nagłosni lub nalewek, skaryfikacje nacieków, wreszcie tracheotomję.

5) Injekcje 85% alcoholu do nerwu krtanionego górnego.

6) Najbardziej skutecznem jest wycięcie nerwu krtaniowego górnego na przestrzeni 1—1, 5 ctm. Punktem orjentacyjnym służą tętnica tarczykowa górna, tętnica krtaniowa, brzeg górny chrząstki tarczykowej. Przy przecięciu nerwu charakterystycznym jest ból nagły w uchu.

Swieżyński.

MAIT: O bezwładzie nagłośni. Z. für Hals, Nasen... Bd. 13 Hf. 1 za 1925.

Opisuje rzadki wypadek porażenia bezwładem bocznych mięśni nagłośni, wskutek tego porażenia połykane płyny częściowo zatrzymują się w valleculae, a częściowo trafiają do krtani, powodując napady kaszlu. Objaw ten był obserwowany u osobnika ze zmianami w systemie nerwowym, odpowiadającymi zespołowi początkowego tabes.

Rymaszewski.

STANM: Hyperkeratoza ograniczona w krtani. Z. für Hals, N. Ohrh. Bd. 13 H. 1 za 1925.

Ograniczone przekształcenie się nabłonka więzadeł w tkankę b. podobną do nieuwłosionego naskórka; wybitną cechą tego procesu jest rogowacenie powierzchownych warstw nabłonka; przyczyna wy-

wołująca niewiadoma; jest to process sui generis, który nie należy włączać ani do pachydermji, ani do papillomatów. Należy te cierpienie odróżniać od hyperkeratoz, nowotworów krtani, leukoplakij. W obserwowanym przez autora przypadku laryngoskopowo przedstawiało się, jako zgrubienie biało śnieżnego koloru o strzępiastej powierzchni na brzegu prawdziwego więzadła; same więzadło w tej okolicy zgrubiałe, zaczerwienione. *Rymaszewski.*

IWANOW ALEXANDER: (*W sprawie leczenia zwężeń krtani*) *Zeitserf-Hals-Nasen Ohrenhelkde* Bd. 11/4 25.

Na podstawie 16-tu przypadków zwężeń krtani po tyfusie plamistym, brzusznym, i luesie, leczonych w ciągu ostatnich 3 lat A. dzieli sposób postępowania operacyjnego w zwężaniach bliznowatych krtani na 4 okresy: Okres 1-szy: rozcięcie krtani połączone z usunięciem nacieków. W przyp. w których zmiany w górnej części krtani były nie wielkie A. rozcinał krtań tylko tak daleko ku górze aby módz wprowadzić kaniulę gumową w kształcie litery T, wychodząc z założenia, że nietknięta chrząstka tarczykowa jest nieodzownym warunkiem gojenia się rany. Przy zesztywnieniu w stawie nalewkowo-obrączkowym resekował autor chrząstkę nalewkową podśluzowo. Okres II-gi: Systematyczne rozszerzanie zwężonego światła krtani przy pomocy miękkich rur gumowych 2 mm. grubości, w kształcie litery T, których górne ramię powinno sięgać co najwyżej do górnego szczytu więzadeł rzekomych. Zmiana tych rur odbywa się początkowo co 3 dni, później codziennie, przyczem należy wyciąć dokładnie ziarninę, względnie nacieki na ścianie tchawicy. Z powikłań w tym okresie należy wymienić tworzenie się odleżyn względnie abscesów. W III-cim okresie wreszcie badał autor zdolność oddechową po wyjęciu tej rurki gumowej przyczem zalepiał laryngostoma zwyczajnym plastrem. Dopiero, kiedy przez czas dłuższy chory oddychał już swobodnie bez kaniuli, przystępował autor do definitywnego zamknięcia otworu zwyczajnym płatem skórnym. Wynik zazwyczaj pomyślny. W wypadkach obrażeń strun głosowych tworzy się w ich miejsce postronkowata blizna, a więzadła ruchome obejmują ich funkcję. *Laskiewicz.*

R ó ż n e.

G. ROPTMAON et DURANY: *Arch. nied. belg.* (Fevrier 1923 Nr 2). *Przyczynek do badań tętniaków tętnicy szyjnej wewnętrznej.* Tłem anatomicznem do powstania omawianych tętniaków służy

jak zwykle zwyrodnienie błony środkowej naczynia. Tętniaki, bywają wrzecionowate, mieszkowate i dołkowate. Tętniaki te zasadniczo nie różnią się od ogólnie znanych i dają po większej części te same objawy. Z ostatnich niektóre, jak np. opóźnianie się tętna, wymykają się z pod obserwacji, gdyż końcowe rozgałęzienia tętnicy szyjnej wewnętrznej są niedostępne dla bezpośredniego badania. Własności anatomiczne terenu mają znaczenia specjalne, jako czynnik etjologiczny. W pierwszym rzędzie autorzy wskazują na sąsiedztwo kości, po której „pełznie" naczynie, zanim dosięgnie *canal. caroticus*. Stałe obijanie się o tę płaszczyznę kostną przy każdem uderzeniu tętna, sprzyja powolnemu przeistaczaniu się ściany; dalej słaby rozwój układu mięśniowego błony środkowej w pobliżu rozgałęzienia się tętnicy szyjnej głównej; wreszcie, ruchy szyjnej części kręgosłupa przy zgięciu bocznem a zwłaszcza ku tyłowi.

Klinicznie odróżnia się 3 postaci, z których każdą cechują odmienne objawy przedmiotowe i funkcjonalne. 1) Postać szyjno-gardłowa rozwija się najczęściej wewnątrz gardła, ponieważ tętniak wskutek parcia kręgosłupa od tyłu, a z boków zaś ze strony wyrostków rylcowych i mięśni do nich przyczepianych, ustępuje w tym kierunku, wypychając ko przodowi na wewnątrz łuk garłowo-podniebienny.

2) Postać podniebienna, w której worek tętniaka wtłacza się w istotę podniebienia miękkiego, rozdwajając jego brzeg boczny. 3) Postać czysto gardłowa, w której mamy objawy, podobne do pierwszej grupy, z wyjątkiem szyjnych. Rozpoznanie tętniaków jest ważne ze względu na groźne następstwa w razie omyłki rozpoznawczej. Różniczkowanie czasami jest dość trudne; przyjmowano je za boczne ropnie gardła, ropnie okołomigdałkowe, gruczolakomięsaki.

Leczenia chirurgiczne, mogące być jeszcze kwestją wyboru, stosuje się pod postacią podwiązania naczynia lub uciśnięcia przez blaszkę aluminjową, zgodnie ze wskazówkami Matas'a i Halsted'a.

W. Gumiński.

REUZE: Revue de Laryngologie, D'otologie et de Rhinologie. Nr. 3 — 1925 r.

Adrenalina w znieczuleniu miejscowem.

Wśród lekarzy praktyków oddawna utrwaliło się pojęcie, iż przy stosowaniu znieczulenia miejscowego w zabiegach otorhino-laryngologicznych adrenalina powinna być stosowaną bardzo oględnie wskutek następowego rozszerzenia naczyń, co może być przyczyną róż-

nych powikłań, w piewszej zaś linji—następczych krwotoków. Autorzy badali tą sprawę z punktu widzenia fizjologji i kliniki. Dane fizjologiczne zdają się przeczyć temu poglądowi, gdyż nie zdołano potwierdzić doświadczalnie faktu następczego rozszerzenia naczyń.

Dane kliniczne, oparte na osobistem doświadczeniu autorów, również temu przeczą, gdyż największe nawet dozy adrenaliny były stosowane z bardzo pomyślnym wynikiem.

Wypadki, przypisywane ujemnemu wpływowi adrenaliny, przyczynione mogły być zależnie od wpływu kokainy lub też adrenaliny nieczystej i starej. Należy używać adrenaliny czystej, syntetycznej, w postaci krystalicznej — zawsze odręcznie przygotowanej.

W. Gumiński.

CANUYT: Znieczulenie miejscowe w otolaryngologji. (Monogr. Oto-Rhino-Lar. internat. Nr. 13).

Dość obszerna monografja, w której autor treściwie omawia sprawę miejscowego znieczulania w otolaryngologji. Znieczulenie to ma następujące zalety: znosi niebezpieczeństwo śmierci, szoku, zmniejsza przypadki krwawień, wreszcie jest łatwem w zastosowaniu. Dalej omawia autor zalety i wady środków znieczulających, używanych najczęściej, a więc kokainy i nowocainy, a także adrenaliny.

Następnie omawia sposoby znieczulania nosa, gardła, ucha i krtani, poświęcając każdej z tych dziedzin specjalne rozdziały. W każdym z rozdziałów podaje krótką anatomję nerwów unerwiających daną okolicę, wyjaśniając to za pomocą rysunków. W rozdziale o znieczulaniu nosa szczegółowo opisuje sposoby znieczulenia zwoju klinowo-podniebnego drogą oczodołu lub wyrostka jarzmowego, znieczulanie przegrody nosowej dla jej rezekcji podśluzowo, znieczulanie n. nasalis int. drogą oczodołu. Często dla miejscowego znieczulenia śluzówki używa autor płynu Bonain'a. W rozdziale o uchu autor, mówi o znieczuleniu przewodu słuchowego zewnętrznego drogą zewnętrzną (przed i za małżowiną), oraz wewnętrzną (tylna, dolna, przednia i górna ściany). Wreszcie, mówiąc o krtani, podaje sposoby znieczulenia jej, poczynając od pendzlowania, zastrzyknięcia kokainy przez membr. inter. crico-thyreoidea, do znieczulenia nerwów krtani: n. laryngeus superior (drogą nakłucia i zastrzyknięcia w okolicę nerwu płynu znieczulającego, lub per contactum podczas zabiegu operacyjnego), n. recurreus — per contactum.

Wąsowski.

DUTHEILLET de LAMOTHE: Przypadek samoistnego złamania kręgu szyjnego w przebiegu osteopsatyrozy. Arch. Intern. de Lar. d'Otol. etc. T. 5. Z. 2. 1926.

Przypadek rozpoznany przez analogję zmian w innych kościach szkieletu. Chory dawał objawy bulbarne i zmarł nagle wskutek ucisku ośrodków rdzenia.

Dobrzański.

Rocznik 32 T. V marzec 1926.

D. PREDESCU-RIOO: Revue de Laryngologie d'Otologie ets de Rhinologie Janvier 192S.

Leczenie gruźliczego zapalenia gruczołów-Jodeol'em.

Autor na zasadzie przeszło 80 przypadków gruźliczego zapalenia gruczołów szyjnych i pachwinowych, leczonych przezeń zastrzykiwaniami Jodeol'u, dochodzi do bardzo zachęcających wyników i gorąco zaleca ogółowi lekarzy — praktyków ten sposób postępowania. Jodeol stosowany był w postaci zastrzyków śródmięśniowych co 4-ty dzień. 90% przypadków leczonych uważać można, zdaniem autora, za zupełnie wyleczone; jedynie w przypadkach gruczołów dawno stwardniałych ten system leczniczy nie daje pożądanych rezultatów.

Pośród leczonych autor obserwował w 11 przypadkach jedno lub obustronne zagęszczenia wierzchołków, które znikły bez śladu w okresie samego leczenia.

W kilku wypadkach przetok czynnych w gruczołach oraz w przetoce pępkowej i kości skokowej, powstałych na tle urazu, autor otrzymał również zabliźnienie. Poszczególne oderwane fakty nie pozwalają jednak, zdaniem autora, twierdzić, iż wogóle przetoki kostne lub brzuszne będą podatne do leczenia Jodeol'em, jednakże uważa za stosowne podkreślić korzystny wpływ jego działania. — Reakcja, jaką wywiera Jodeol na organizm, polega zapewne na wzmożeniu lenkocytozy.

Wychodząc z tego założenia, Jodeol należy stosować we wszystkich postaciach wielo-gruczołowego zapalenia zarówno umiejscowionego, jak i rozsianego, w przypadkach zajęcia gruczołów około oskrzelowych, w przypadkach skazy limfatycznej, której nie możemy leczyć balneo-klimato-terapją, oraz we wszystkich stanach przedgruźliczych.

W. Gumiński.

Protokóły posiedzeń Warszawskiej Sekcji Polskiego T-wa Otolaryngologicznego.

Posiedzenie dn. 17 grudnia 1925 r.

Przewodniczący *L. Lubliner.* Sekretarz *Polański.*

B. Chorążycki przedstawił chorą l. 22, cierpiącą od 3 mies. na chrypkę. Przed 2 laty chora leczyła się jakoby na gruźlicę krtaniową (?) z objawami dysfagji. Obecnie przy badaniu stwierdzono: nagłośnia znacznie zmieniona, miejscami zgrubiała, gdzieniegdzie widoczne nadżarcia; nacieczenie całej krtani, struny prawdziwe zgrubiałe, lecz kolor białawy strun zachowany; połykanie nie utrudnione, tylko czasem bywa zachłyśnięcie. Wasserman dodatni; pomimo, iż obraz laryngoskopowy jest w danym przypadku niezwykły, *Chorążycki* sądzi, że sprawę uważać należy za wyłącznie luetyczną, gdyż połączenie przymiotu z gruźlicą dałoby o wiele cięższy przebieg choroby.

W dyskusji zabierali głos *Dobrowolski, Lubliner, Kenigstein;* ten ostatni widział chorą przed 1½ rokiem: zrazikowaty naciek nagłośni i bocznego więza lewego, oraz owrzodzenie powierzchowne chrząstki nalewkowej prawej skłoniły go do rozpoznania *tbc. regetans laryngis*, tembardziej, że chora wyraźnie akcentowała ból przy potykaniu. *Kenigstein* uważa, że w danym przypadku może być cierpienie *mixte,* do tegoż rozpoznania skłania się w swem przemówieniu i przewodniczący *Lubliner.*

Kol. Brzosko przedstawił chorego l. 23, u którego po usunięciu chorego zęba wystąpiło ropne zapalenie jamy szczękowej i komórek sitowych (co potwierdzone zostało Rentgenem); operację doszczętną wykonano na zatoce sposobem Denker'a, pozatem wykonano dodatkowe cięcie od kąta zewnętrznego oka ku dołowi, usunięto kość łzową i częściowo wyrostek nosowy górnej szczęki, zajęte przez sprawę zapalną; w komórkach sitowych stwierdzono dawny proces zapalny przypuszczać więc należy, że sprawa ropna powstała znacznie wcześniej w komórkach sitowych i postępowała ku dołowi, wyrwanie zaś zęba było jedynie powodem obostrzenia procesu w komórkach sitowych i zatoce szczękowej. Stan obecny chorego dobry.

Następnie kol. *Brzosko* przytacza 2 przypadki posocznicy pneumokokowej w przebiegu ostrej sprawy ropnej ucha środkowego. W wielu przypadkach stosowano surowicę wielowartościową przeciw pneumokokkową z dobrym wynikiem przyczem w 2-gim przypadku, oprócz surowicy, stosowano jeszcze szczepionkę własną, ponieważ sprawa rozszerzyła się na stawy i gruczoły.

Posiedzenie dnia 28 stycznia 1926 r.

Przewodniczący *L. Lubliner.* Sekretarz *Polański.*

Kol. Łukasiewicz wygłosił odczyt: *Omówienie metody leczenia surowicami i szczepionkami.* W powyższym odczycie prelegent stał na stanowisku, gorąco popieranem przez prof. Nitsch'a, że surowice należy stosować jedynie w sprawach zapalnych ostrych, ewent. podostrych, szczepionki zaś w sprawach chronicznych, umiejscowionych. Pod sprawą ostrą należy rozumieć sprawę chorobową zakaźną, o charakterze zbliżonym do pasocznicy, gdy drobnoustroje można

wykryć we krwi, w moczu lub w ogniskach przerzutowych, wówczas celowym środkiem leczniczym będzie surowica. W sprawach zaś chronicznych, ściśle umiejscowionych odpowiednio przygotowana szczepionka pomoże ustrojowi do wytworzenia odpowiednich niweczników bakteryjnych.

Przechodząc następnie do leczenia pneumokokcemji, prelegent, opierając się na zdaniu prof. Nitsch'a, stwierdza, że dotychczas otrzymywano przeważnie wyniki niepewne głównie dla tego, że samę metodę stosowano nieodpowiednio, a mianowicie: 1) częstokroć stosowano surowicę zbyt późno, 2) wstrzykiwano zbyt małe dawki, naprzykład 5 — 10 cm.^{3}, gdy podług Neufeld'a należy stosować surowicę pneumokokkową w ilości 60 — 70 cm., 3) przeważnie stosowano surowice nie ściśle wielowartościowe, 4) często stosowano surowicę pneumokokkową, naprzykład w zapaleniu płuc, bez uprzedniego badania bakterjologicznego. W przypadkach kol. Brzoski były wypełnione wszystkie postulaty, wymagane od tej metody, wskutek czego i wyniki otrzymane były w zupełności dodatnie; co do miareczkowania surowie zaznaczyć przytem należy, że dla surowicy przeciw pneumokokkowej wskazane są większe dawki, według Neufeld'a w stosunku 1 cm.^{3} na kilogram wagi; streptokokowa natomiast jest znacznie silniejsza od pnemokokkowej; wystarczy 20 cm.^{3} na pierwszą dawkę, następna dawka może być mniejsza.

Posiedzenie dnia 25 lutego 1926 r.

Przewodniczący *L. Lubliner.* Sekretarz *Polański.*

Z. Dobrowolski przedstawił chłopca l. 8 z guzem na szyi, w okolicy gruczołu tarczowego; guz jakoby powstał przed 3 tygodniami. Guz gładki, ze skórą nie zrośnięty, ruchomy, wyczuwa się chełbotanie. Oprócz powiększonych migdałków i mniemanych wyrośli aden. (które zostały przed paru dniami usunięte, w gardzieli, krtani zmian niema. D. rozpoznaje *(strumitis purulenta)* zapalenie lewego zrazu gruczołu tarczowego. W dyskusji *Czarnecki* przypuszcza, że to nie jest *strumitis,* tylko poprostu *struma cysticum. colloides. Przew. Lubliner* radzi prześwietlenie guza, aby się upewnić, czy guz niema związku z gl. thymus, co często się zdarza u dzieci. Co do istoty guza, L. zdania, że jest to ogniskowe zwyrodnienie kolloidalne zraza lewego gruczołu tarczowego.

Lubliner demonstrował 2 chorych: 1) chorego l. 46, który przed 8 miesiącami ochrypł; na propozycję ówczesną wycięcia z krtani kawałka tkanki do zbadania drobnowidzowego chory się nie zgodził. Przed 6 tygodniami zauważył na szyi tuż pod żuchwą, guz szybko powiększający się. Badanie chorego wykazało: nacieczenie nagłośni, przeważnie ze strony prawej; na wewnętrznej powierzchni nagłośni widoczny guzek wielkości grochu polnego; więz boczny oraz ligam. ary-epiglotticum nacieczone. Na bocznej części szyi od kąta żuchwy guz twardy niebolesny, ruchomy. Nad obojczykiem prawym kilka drobnych, powiększonych gruczołów. Odczyn Wasserman'a ujemny. Badanie wyciętego guza z wewnętrznej części nagłośni nie wykazało budowy nowotworu złośliwego. Klinicznie przebieg jak złośliwego nowotworu; szybkość, z jaką w ostatnich tygodniach guz się rozrastał, b. znaczne nacieczenia nagłośni (wnętrze krtani wolne, rima glottidis nie zwężona). Chorego podda się leczeniu radem.

2) chłopca 12 letniego: dziedzicznie nieobarczony ani gruźlicą, ani syfilisem. Przed 5 tygodniami zauważył na miękkiem podniebieniu krwawiący guz,

który bardzo szybko się powiększał. Badanie wykazuje, że całe podniebienie przerośnięte jest nowotworem. Nos i twarz zniekształcona, obrzękła, oko prawe jakby wysadzone, jama Highmor'a wypełniona nowotworem; jamy nosowe w tylnej części również wypełnione nowotworem, który przy badaniu zgłębnikiem łatwo krwawi. Guz prawdopodobnie wyrasta z jamy klinowej i przedstawia obraz kliniczny złośliwego mięsaka. Chłopiec po dwudniowym pobycie w szpitalu zmarł przy objawach obrzęku płuc. Autopsja potwierdziła rozpoznanie kliniczne — *sarcoma fusocellulare.*

Posiedzenie dnia 25 marca 1926 r.

Przewodniczący *L. Lubliner.* Sekretarz *Polański.*

Hellin przedstawił 2 chorych: 1) chorego, u którego przy badaniu histologicznem stwierdzono gruźlicę krtani; kleszczykami Jurasza usunięto tkankę gruźliczą z krtani, którą przy badaniu wziernikiem nad lewą struną głosową trudno było odróżnić od tkanki rakowatej, obecnie żadnych wybujałości patologicznych niema. Chory jest wyleczony zupełnie; 2) chorego na łuszczycę jamy ustnej.

Z. Dobrowolski przedstawił poraz drugi chłopca 6-letniego, demonstrowanego na poprzedniem posiedzeniu z powodu guza na szyi. Guz usunięto na drodze chirurgicznej: cięciem po środku szyi robiąc przeciw — otwór przy brzegu lewego mięśnia sutkowo-obojczyk. Guz miał budowę zrazikową, zbliżoną do gruczołu tarczowego. Przy badaniu mikroskopowem znaleziono massy rozpadowe z nielicznemi cząstkami gruczołu tarczowego, wobec tego potwierdziło się pierwotne rozpoznanie, że jest to ropień tarczycy (thyreoiditis suppurativa).

Pęski przedstawił preparat nowotworu złośliwego (sarcoma) migdałka, który obejmował cały migdał i gruczoły. Chora zmarła.

Lubliner przedstawił preparat guza chłopca, demonstrowanego za życia na poprzedniem posiedzeniu. Autopsja wykazała: neoplasma exulceratum antri Highmori, spatii nasopharyngei, palati mollis et cavi oris. Rozpoznanie guza — sarcoma fusocellulare. Chory zmarł po dwudniowym ledwie pobycie w szpitalu wskutek ostrego obrzęku płuc. Następnie *Lubliner* pokazał chorego z nowotworem krtani (Carcinoma), leczonego radem. Guz przy leczeniu znikł.

Floksztrumpf wygłosił odczyt pod tytułem, *Curieterapia* nabłoniaka krtani

Curieterapia nabłoniaków krtani.

Curieterapia w rozwoju swoim przeszła przez 3 etapy:

1) początkowy — leczenie krótkiemi płytami i aparatami, zawierającemi duże ilości radu (50—200 mlgr.),

2) W 1921 r. przez Stefensona i Regana zostało wprowadzone nakłucie radowe (radium puncture),

3) Radiochirurgja — znajduje się obecnie w stadjum swego rozkwitu. Regaud swojemi epokowemi badaniami nad wpływem naświetlań radowych na komórki macierzyste plemników dowiódł, że duża dawka zużyta w ciągu krótkiego czasu wywołuje kastrację czasową, a znacznie mniejsze dawki zastosowane w ciągu dłuższego czasu — kartrację zupełną. Regaud objaśnia to tem, że komórki znajdujące się w stanie spoczynku są mniej wrażliwe, niż komórki w okresie karyokinczy, na wpływ promieni.

Przewaga więc Curieterapji nad Rentgenoterapją polega na możności wystawiania komórek nowotworzonych pod ciągły wpływ promieni Przy rentgenoterapji zabijamy tylko te komórki, które podczas naświetlania były w okresie karjokinezy, te zaś, które były w stanie spoczynku nie tylko nie zostają uszkodzone, ale przy następnej serji naświetlań promieniami robią się już radioodporne.

Naświetlanie radem przy dobrze opanowanej technice mogą trwać od 10 do 40 dni, nie wywołując żadnych zaburzeń. Proust we wszystkich formach wewnętrznych i zewnętrznych nabłoniaków krtani zakłada kołnierz radowy na 14 do 21 dni.

W. Polański.

Wiadomości bieżące.

Towarzystwo nasze poniosło dużą stratę z powodu śmierci członka, D-ra *Józefa Kossaka* z Radomia. Zmarły brał czynny udział w życiu Towarzystwa, gorąco interesował się jego sprawami, bywał na wszystkich zjazdach, brał udział w dyskusjach. Również czynny udział zmarły odgrywał w koleżeńskim życiu lekarzy radomskich, którzy w uznaniu zalet jego charakteru i pracy naukowej powierzali mu zaszczytne obowiązki prezesa Związku Lekarzy P.P. Cześć pamięci zacnego i dzielnego kolegi!

Niemiecka otolaryngologja poniosła w tym roku wielką stratę z powodu śmierci dwuch wybitnych przedstawicieli: prof. *Adolfa Passowa,* kierownika kliniki Otolaryngologicznej w Berlinie i prof. *Otona Piffla,* kierownika kliniki otolaryngologicznej niemieckiego uniwersytetu w Pradze Czeskiej. Imiona obu profesorów zapisały się trwałemi zgłoskami na kartach otolaryngologji niemieckiej. Passow był założycielem jednego z najpoważniejszych organów otolaryngologicznych w Niemczech znanego pod nazwą Passow und Schaffer Beiträge i pozostawił liczne i podstawowe prace zwłaszcza w dziedzinie ofjatrji. Piffl, doskonały operator i djagnosta, poza pracami nadwyroślami adenoidalnemi stworzył metodę operacyjną obnażenia oparte żyły jarzmowej w przypadkach jej zakrzepu.

Zjazd Polskiego T-wa Otolaryngologicznego zawiadamia kolegów, że w tym roku z powodów od Zarządu niezależnych zamiast postanowionego w przeszłym roku Zjazdu na Zielone Świątki we Lwowie *odbędzie się Walne Zgromadzenie Członków T-wa w Warszawie we Wtorek d. 29 czerwca w lokalu Zakładu Leczniczego D-ra J. Czarneckiego przy ul. Zgoda Nr. 8.* Część administracyjna posiedzenia rozpocznie się rano o godz. 10-ej; po południu o godz. 5-ej odbędzie się posiedzenie naukowe, na którem zoztaną wygłoszone referaty, pierwszeństwo mają koledzy pozamiejscowi. Z nich zgłosili udział i odczyty kol. Laskiewicz z Poznania i kol. Schwarzbart z Krakowa. Pierwszy o phototerapji w otolaryngologji i o ciałach obcych w krtani, drugi o laryngoskopji bezpośredniej.

[illegible]

[illegible]

W. [illegible]

Wiadomości bieżące.

Towarzystwo nasze poniosło dużą stratę w osobie członka, [illegible] Kowalskiego z Radomia. Zmarły brał czynny udział w życiu Towarzystwa [illegible] brał udział w [illegible] życiu [illegible] i pracy naukowej [illegible] P.P. Cześć pamięci [illegible] kolegi!

Niemiecka otolaryngologia poniosła w tym roku wielką stratę w postaci śmierci [illegible] wybitnych przedstawicieli: prof. Adolfa Passowa, Kierownika kliniki Otolaryngologicznej w Berlinie i prof. Oskara Piffla, Kierownika kliniki otolaryngologicznej niemieckiego uniwersytetu w Pradze Czeskiej. Imiona obu [illegible] otolaryngologii niemieckiej. [illegible] Passow und Schäfer Beiträge [illegible]

[illegible]

Do Polskich Otolaryngologów.

Oddawna wśród polskich Otolaryngologów istniała świadomość potrzeby pracy zrzeszonej. Wyrazem tej świadomości była sekcja otolaryngologiczna, utworzona przed 30 laty przy Warszawskiem T-wie Lekarskiem, która z czasem przetworzyła się w Warszawskie T-wo Otolaryngologiczne.

Wreszcie po wojnie, w odrodzonej Polsce powstało Polskie T-wo Otolaryngologiczne, mające za zadanie zjednoczenie wszystkich polskich Otolaryngologów do wspólnej jak najwydatniejszej pracy w dziedzinie specjalności. Nowe Towarzystwo odrazu wykazało swą żywotność. Powstał szereg sekcyj w poszczególnych miastach (Warszawa, Lwów, Łódź, Wilno, Poznań), w których odbywają się co miesiąc posiedzenia naukowe. Szereg zjazdów i walnych zebrań z bogatym porządkiem dziennym, obfitujących w treść naukową, organizacja referatów prac polskich w prasie zagranicznej, wreszcie powołanie do życia czasopisma, „Polskiego Przeglądu Otolaryngologicznego" są również wyrazem tej żywotności i nieustającej pracy naszego Towarzystwa, a plon tych wysiłków można uważać za wydatny, jeżeli uwzględnić bardzo jeszcze dotychczas trudne warunki pracy naukowej u nas.

Jeżeli wszakże uprzytomnimy sobie chwilę dziejową, którą przeżywamy, stwarzającą ***nakaz kategoryczny najwyższego wysiłku organizacyinego i twórczego***, jeżeli dalej uwzględnimy szczytny obowiązek kontynuowania świetnej tradycji takich pionerów otolaryngologji w Polsce jak Przemysław Pieniążek, Jurasz, Heryng, Sokołowski, Sędziak, Dmochowski, Hejman, Guranowski i inni, którzy przyzwyczaili Europę do stosowania dużej miary do polskiej otolaryngologji, oraz wysoki poziom tej gałęzi medycyny na Zachodzie, musimy przyznać, że mamy do zrobienia wysiłek potężny, ażeby sprostać piętrzącym się przed nami zadaniom.

Tylko zbiorowa i zgodna praca wszystkich polskich otolaryngologów, zjednoczonych w Polskiem Towarzystwie Otolaryngologicznem, może postawić polską otolaryngologję na wysokim poziomie nauki europejskiej, może przywrócić dawną jej świetność.

Dla tego też zwracamy się do Was, Koledzy z całej Polski, z wezwaniem. Zgłaszajcie się niezwłocznie, wszyscy, na członków Polskiego T-wa Otolaryngologicznego, bierzcie udział w jegu życiu i pracach, popierajcie wspólny nasz organ: Polski Przegląd Otolaryngologiczny. Niech nie braknie go na biurku żadnego otolaryngologa polskiego. Niech każdy z was zasila go swemi pracami i spostrzeżeniami; niech dla każdego z Was jego istnienie stanie się koniecznem i drogiem, jako organu własnego. I kiedy znajdzie on wśród was wszystkich jednomyślne poparcie, a środki na jego wydawanie zostaną zapewnione, wtedy stanie się on odbiciem polskiej myśli otolaryngologicznej, wyrazem jej dążeń i celów, wtedy spełniać pocznie należycie swój obowiązek informatora i pośrednika pomiędzy otolaryngologją polską i wszechświatową; my zaś zachęceni do pracy waszym przykładem i otuchą od was płynącą, dołożymy wszelkich starań, ażeby postawić go na poziomie najwyższym, godnym Polskiej otolaryngologji.

Redakcja.